

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Étude sur la Nécessité

D'UNE

INTERVENTION RADICALE ET OPPORTUNE

ET DES

Funestes conséquences de cette affection abandonnée à elle-même

PAR LE

DOCTEUR **SUAREZ DE MENDOZA**, DE PARIS

Membre des Sociétés d'Ophtalmologie, Otologie, Laryngologie et Rhinologie de Paris
Membre de la Société Belge d'Oto-rhino-laryngologie,
Membre de la Société de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie Royale de Médecine de Barcelone.

Préface de M. le Professeur DUPLAY

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE

1906

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

Sur la périostite phlegmoneuse diffuse, Thèse de doctorat, Paris 1876.

Étude sur le bec-de-lièvre compliqué. En collaboration avec son frère le Pr Albert Suarez de Mendoza, de Madrid, *Bulletin général de thérapeutique*, 1888.

Corps étranger de l'œsophage, arrêté à 23 centimètres des arcades dentaires et enlevé au cinquième jour par un procédé nouveau à l'aide de la sonde œsophagienne Colin-Verneuil et du panier de de Graefe modifié par le docteur F. Suarez de Mendoza. Observation communiquée à l'Académie de Médecine par le professeur Verneuil. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1888.

Dix observations de folie guérie par la morphine employée à haute dose. En collaboration avec le Dr Voisin, *Bulletin thérapeutique*, 1889.

Sur l'emploi de l'extrait des capsules surrénales et de son alcaloïde l'adrénaline. Société de Médecine de Paris, 27 décembre 1902.

Funestes conséquences des injections de morphine après l'anesthésie complète par le chloroforme. In *Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales*, 1901.

Cas d'hérédo-syphilis de la troisième génération. In hérédo-syphilis du Dr L. Jullien, 1901.

De l'efficacité de la sérothérapie dans la diphtérie et des funestes conséquences de son emploi tardif. In *Archives de Médecine et de Chirurgie speciales*, 1901.

Nouvelle contribution au traitement des corps étrangers de l'œsophage. Com. à l'Ac. de Médecine ayant fait l'objet d'un rapport de M. le Pr L.-G. Richelot.

Contribution à l'étude de la Syphilis intestinale. Communication faite à l'Académie de Médecine. (Avril 1904).

Des funestes conséquences de la neissérose méconnue ou négligée et de la nécessité d'éclairer le public sur les dangers de cette affection. In *Archives de Mécine et de Chirurgie spéciales.*

Des difficultés de diagnostiquer l'avariose dans les cas où elle ne se manifeste que par des symptômes communs, et des funestes conséquences pouvant résulter pour le malade avarié de la confiance que le médecin prête à ses déclarations.

Nécessité de l'examen vétérinaire en matière de syphilis : Funestes conséquences de la réserve du médecin en présence des dénégations des malades (Société de médecine. Avril 1005).

MALADIES DES YEUX

Succès immédiat et insuccès tardif dans l'opération de la cataracte. Communication à la Société française d'Ophtalmologie. 1887.

Oulétomie et irridectomie secondaire dans la récidive du glaucome opéré. Communication à la Société française d'Ophtalmologie, 1887.

Sur la notation de l'astigmatisme. Communication à la Société française d'Ophtalmologie, 1889.

La suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. Mémoire lu à l'Académie de Médecine et communiqué à la Société française d'Ophtalmologie, 1889.

Nouveaux faits à l'appui des avantages qu'offre la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. Communication à la Société française d'Ophtalmologie de Paris, 1891.

L'audition colorée. Etudes sur les fausses perceptions sensorielles secondaires physiologiques et particulièrement sur les pseudo-sensations de couleurs, associées aux perceptions objectives des sons. Mémoire communiqué à la Société française d'Ophtalmologie, 1890.

Suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. Communication au XIIIe Congrès de chirurgie, 1899.

Cataracte double congénitale guérie avec succès complet par des larges discissions suivies de l'emploi combiné de la pilocarpine et de l'atropine. Communication à la Société de Médecine de Paris, 1902.

Sur le traitement non opératoire de la myopie progressive. Communication à la Société française d'Ophtalmologie.

Funestes conséquences de l'emploi systématique et irraisonné de collyres astringents dans les états hypérémiques de la conjonctive. In *Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales*, 1901.

Quelques considérations sur le traitement des affections des voies lacrymales. Communication faite au Congrès de Madrid.

Sur le traitement opératoire du strabisme (Comn faite au Congrès de Madrid).

Voir la suite des Travaux du même auteur, page 3 de la couverture.

A Monsieur le Professeur Blanchard
Cordial hommage de l'auteur
Dr Suarez de Mendoza

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Etude sur la Nécessité

D'UNE

INTERVENTION RADICALE ET OPPORTUNE

ET DES

Funestes conséquences de cette affection abandonnée à elle-même.



DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Étude sur la Nécessité

D'UNE

INTERVENTION RADICALE ET OPPORTUNE

ET DES

Funestes conséquences de cette affection abandonnée à elle-même

PAR LE

Docteur **SUAREZ DE MENDOZA**, de Paris

Membre des Sociétés d'Ophtalmologie, Otologie, Laryngologie et Rhinologie de Paris,
Membre de la Société Belge d'Oto-rhino-laryngologie,
Membre de la Société de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie Royale de Médecine de Barcelone.

Préface de M. le Professeur DUPLAY

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE

1906

PRÉFACE

Dans une série d'articles publiés dans les *Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales* et destinés particulièrement, à ce que nous dit l'auteur, aux praticiens, M. Suarez de Mendoza s'est donné la tâche de montrer les funestes conséquences des végétations adénoïdes abandonnées à elles-mêmes, tout en traçant d'une façon magistrale la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection.

C'est pour ces articles, réunis en volume, que M. Suarez de Mendoza, mon ancien élève et mon ami, me demande mon parrainage.

Je le lui accorde très volontiers, car je suis convaincu que cette monographie est appelée à rendre de grands services aux praticiens.

C'est à peine, en effet, si l'écho des longues et passionnées discussions, auxquelles les végétations adénoïdes ont donné lieu, à un moment donné, au sein des Sociétés savantes, est parvenu aux oreilles de quelques-uns d'entre eux.

La plupart n'ont de cette grave affection qu'une notion assez vague et ne se rendent pas suffisamment compte de la responsabilité que le médecin encourt, en négligeant de prévenir les désordres irréparables dont elle est si souvent l'origine. Cet état de choses, s'il est affligeant, n'est pas pour nous étonner.

En effet, il est absolument impossible au praticien dont

le meilleur temps est pris par la lutte pour la vie, de compléter les connaissances, forcément insuffisantes, acquises sur les bancs de l'École, surtout en ce qui concerne les diverses spécialités.

Aussi, sous le prétexte qu'il s'agit d'une affection du domaine de l'otologie, bon nombre de praticiens ne connaissent les végétations adénoïdes que de nom et ignorent la plupart des symptômes qui les caractérisent.

Cette regrettable lacune, en ce qui concerne unc affection si fréquente, si grave par ses conséquences, qu'on pourrait presque la considérer comme le pivot de la pathologie infantile, M. Suarez de Mendoza a eu la bonne idée de la combler.

Il l'a fait avec la patience, la probité et l'ardeur qui caractérisent tous ses travaux.

Dans son introduction il rappelle et résume très heureusement les notions que nous possédons sur le sujet. Les premiers chapitres sont consacrés à l'historique, à l'anatomie normale, à l'anatomie pathologique et à l'étiologie des végétations adénoïdes.

Tout en cherchant à bannir l'érudition de son travail, M. Suarez de Mendoza a cru nécessaire de résumer dans ces chapitres les travaux essentiels parus sur ces questions, en rendant à César ce qui appartient à César, mais en utilisant chaque fois les données personnelles que lui a fournies sa longue expérience clinique.

Le chapitre consacré à la symptomatologie est surtout exposé d'une façon magistrale et constitue, j'ose le dire, l'étude la plus complète qui ait été faite jusqu'à présent.

Après avoir établi une classification originale de toutes les manifestations morbides auxquelles peuvent donner lieu les végétations adénoïdes abandonnées à elles-mêmes, M. Suarez de Mendoza passe successivement en revue, les symptômes chez l'enfant, chez l'adulte et chez le nourrisson.

Les résultats si désastreux de la respiration buccale, antiphysiologique, due à l'obstruction nasale par les végétations adénoïdes, sont exposés avec force détails et de main de maître. L'auteur montre qu'un grand nombre d'enfants, bien doués d'ailleurs, peuvent être atteints dans leur force vive, leur intelligence, leur mémoire, leur endurance au travail. Il dépeint d'une façon saisissante ces pauvres enfants à faciès caractéristiques, chétifs, malingres, rabougris, proie facile de toutes les maladies infectieuses qui guettent cet âge, et guérissant dans la grande majorité des cas, comme par enchantement, dès qu'on a fait disparaître la cause par une intervention opportune.

Tout ce chapitre, où M. Suarez de Mendoza fait ressortir avec une grande habileté les diverses complications des végétations adénoïdes, leur rôle néfaste au point de vue physiologique et pathologique, mérite d'être lu avec la plus grande attention, non seulement par les praticiens qu'il avait en vue en l'écrivant, mais aussi par les spécialistes qui tous y trouveront sûrement quelque chose à glaner.

Les chapitres suivants traitant du diagnostic, du traitement médical et chirurgical, des complications opératoires, des résultats post-opératoires immédiats et éloignés, etc., ne sont pas moins intéressants.

Je signalerai notamment le chapitre où M. Suarez de Mendoza expose le traitement chirurgical, le seul rationnel et qui réunit aujourd'hui tous les suffrages. Dans la description de sa méthode mixte (emploi simultané des pinces et des curettes) on se rend très bien compte que l'auteur a eu pour principal objectif d'abréger autant que possible les temps opératoires, de rendre l'opération pour ainsi dire instantanée.

Il obtient ces desiderata par un choix judicieux de l'instrumentation tantôt créée, tantôt perfectionnée par lui, par la préparation rationnelle de l'acte opératoire, et surtout par *l'anesthésie morale* du malade, la seule qu'il emploie

dans l'immense majorité des cas, non seulement, comme il nous le dit, chez les petits enfants pauvres et partant endurants qui fréquentent la clinique mais aussi dans la clientèle aisée, voire même chez ses propres enfants.

On comprendra facilement qu'il m'aurait été impossible d'analyser ici en détail tous les chapitres qui composent l'intéressante monographie de M. Suarez de Mendoza. J'ai dû me borner à en exposer la conception générale.

Je veux cependant avant de terminer, signaler d'une façon toute particulière le chapitre consacré à la question si importante et si controversée de l'anesthésie générale dans l'ablation des végétations adénoïdes.

C'est en effet dans ce chapitre que mon élève et ami a montré l'indépendance de son esprit, l'ardeur de ses convictions et le cas qu'il fait de la vie humaine.

Fils de ses œuvres, arrivé à la maturité de la carrière médicale, il n'a pas hésité un seul instant, n'ayant d'autre culte que la vérité, à se jeter avec une ardeur juvénile dans la mêlée pour défendre les idées qui lui tiennent au cœur, au moment où tant d'autres commencent à aspirer au repos bien mérité.

Je ne doute pas de l'accueil qui sera fait par le monde médical au travail de M. Suarez de Mendoza. Du reste le succès obtenu par ses publications antérieures m'autorise à croire que son dernier-né sera accueilli avec la même faveur.

S. Duplay.

DE LA NÉCESSITÉ

D'UNE

INTERVENTION RADICALE ET OPPORTUNE

Dans les végétations adénoïdes

ET DES FUNESTES CONSÉQUENCES DE CETTE AFFECTION ABANDONNÉE A ELLE-MÊME.

AVANT-PROPOS

C'est à Wilhelm Meyer (de Copenhague) qu'on doit la découverte de l'affection connue sous le nom de « végétations adénoïdes » ou « hypertrophie de l'amygdale pharyngée » (troisième amygdale, amygdale de Luschka).

Les auteurs de la première moitié de ce siècle (Dupuytren, Robert, Chassaignac, Lambron, etc.), ne soupçonnant pas l'existence de cette affection, attribuaient, en effet, à l'hypertrophie des amygdales palatines, l'ensemble symptomatique, dû en réalité à la présence des tumeurs adénoïdes.

En 1868, Meyer fit connaître la fréquence et l'importance clinique de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et donna la description complète et détaillée de la symptomatologie et du traitement de cette affection, à laquelle des recherches microscopiques l'amenèrent à donner le nom de « végétations adénoïdes. »

Depuis la publication de l'étude magistrale de Meyer, de nombreux et remarquables travaux, parus en France et à l'étranger, ont mis bien en lumière le retentissement des végétations adénoïdes sur l'*état général*, leur rôle dans la genèse des insuffisances respiratoires, dans la pathogénie d'un grand nombre d'affections considérées par la vieille clinique comme affections autonomes, leurs *relations étroites et importantes*

avec les affections du larynx, de la trompe d'Eustache, de l'oreille moyenne, du nez, des voies lacrymales, etc., etc.,

C'est avec juste raison que certains auteurs considèrent l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme le *pivot de la pathologie infantile*. La découverte de Meyer avait fait faire à cette dernière un progrès immense que plus de trente ans d'expérience, et de brillants résultats opératoires qu'on ne compte plus, n'ont fait qu'affermir.

Malheureusement, tous ces travaux, tous ces succès éclatants dus à une intervention opportune, bien connus de ceux qui ont choisi l'oto-rhino-laryngologie comme champ d'action, sont encore aujourd'hui ignorés par un grand nombre de praticiens, qui affectent volontiers de mépriser, ou, au moins, de se désintéresser d'un certain nombre de connaissances plus qu'utiles, nécessaires, sous le fallacieux prétexte qu'elles sont, soi-disant, l'apanage du chirurgien-spécialiste.

La rhinoscopie, l'exploration digitale de la cavité naso-pharyngienne — ces deux précieux moyens permettant d'établir un diagnostic précis — sont inconnus des uns, négligés par les autres.

Et pourtant — comme le dit avec juste raison Lermoyez — « si le traitement des végétations adénoïdes appartient au spécialiste, le diagnostic de cette affection doit tomber dans le domaine public. Le praticien a besoin de savoir la reconnaître du premier coup d'œil et lire la signature sur le visage de l'adénoïdien, comme il devine un ataxique à le voir marcher. »

Bien des mécomptes seraient évités aux praticiens s'ils étaient pénétrés de cette vérité!

Mais il n'en est pas ainsi. Comme nous le verrons plus loin, si la lésion est simple, banale, si le traitement radical ne demande que quelques secondes et est suivi, dans la grande majorité des cas, de résultats heureux et, parfois même, inespérés, le peu d'importance que bon nombre de médecins attachent à cette affection qu'ils ne connaissent que de nom et dont ils ignorent la plupart des symptômes, l'amour du *statu quo*, la temporisation, l'indolence sont fréquemment cause de troubles graves, et même, dans certains cas de catastrophes irréparables.

« Demandez aux médecins auristes, dit Raugé, combien de

tympans perforés, combien d'oreilles maintenant perdues pouvaient être sauvées par un diagnostic fait à temps. Examinez dans les écoles les enfants inintelligents chez qui maîtres et médecins ne voient le plus souvent que des idiots et des arriérés vulgaires, vous trouverez chez la plupart de vieilles végétations adénoïdes en train, faute d'avoir été reconnues, de s'atrophier lentement d'elles-mêmes, mais non sans laisser derrière elles des infirmités incurables et des lésions qui demeurent ([1]). »

Pour être juste, il faut dire aussi que, dans un grand nombre de cas, le médecin, surtout le médecin exerçant à la campagne, malgré son savoir et sa bonne volonté, est impuissant à conjurer le mal, n'ayant ni le temps, ni l'outillage nécessaires pour mener à bien un examen délicat et une intervention demandant une certaine expérience.

Mais pour être connues et prévues, les conséquences de cette affection abandonnée à elle-même, n'en sont pas moins désastreuses, et la responsabilité que le médecin encourt par sa négligence involontaire n'en est pas moins grande!

Il en est de même lorsque le médecin, se laissant suggestionner par la mauvaise volonté des parents que le mot « opération » effraye toujours, consent à temporiser. A ces parents qui ne cessent de répéter que de leur temps personne ne connaissait ces « terribles végétations » dont on parle tant aujourd'hui et qu'on ne s'en portait pas plus mal, on devrait répondre : « Il est vrai qu'on ne les connaissait pas ces végétations, et là où maintenant elles se trouvent, on voyait n'importe quoi, sauf elles. Mais que devenaient ces malades, victimes d'une séculaire erreur de diagnostic? Errant du cabinet de l'auriste à la consultation de médecine générale, de celle du laryngologue à l'antichambre du dentiste, ils s'en allaient à l'aventure, quêtant secours ici et là, suivant la phase de l'affection ou le caprice de ses multiples symptômes. Le dentiste appliquait un appareil extérieur qu'il fallait garder des années, l'auriste pratiquait des cathétérismes de la trompe qui ne produisaient rien du tout, le laryngologue badigeonnait, le médecin général prescrivait de l'huile de foie de morue. Tout cela n'aggravait

([1]) *Sem. méd.* 1893.

pas le mal ; mais le mal s'aggravait de lui-même jusqu'à ce que enfin, de guerre lasse, on suspendait tout traitement » [1].

Beaucoup de praticiens sachant que le tissu adénoïde commence à s'atrophier à mesure que viennent les progrès de l'âge, généralement à partir de quinze ans, ont cru pouvoir trouver dans un *traitement médical quelconque* un moyen de mener leurs malades sans accrocs jusqu'à cette époque.

Sans nous arrêter pour le moment sur les désordres graves, sur les lésions incurables qui peuvent résulter, qui résulteront nécessairement de cette temporisation, il faut que ce malentendu soit d'ores et déjà dissipé.

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée ne disparaît pas, généralement — lorsqu'elle disparaît — en laissant la voûte pharyngienne normale ; sa disparition *peut s'accompagner d'atrophie du pharynx et détermine un état pathologique qui peut durer parfois toute la vie.*

C'est en pensant aux dangers pouvant résulter, et pour l'honorabilité des médecins et pour la sécurité des malades, de l'ignorance ou de la négligence de cette affection — ignorance et négligence qui s'expliquent très bien, d'après nous, par le fait que la grande majorité des praticiens, débordés par leurs devoirs professionnels, n'ont ni le désir, ni le loisir de se tenir au courant des travaux paraissant dans des organes spéciaux — que nous avons cru faire œuvre utile, en publiant dans les *Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales* une série d'articles sur les végétations adénoïdes.

C'est poursuivant le même but que nous nous sommes décidés, en cédant aux instances des amis et d'un grand nombre de lecteurs des *Archives*, de réunir ces articles en brochure.

Dans ce travail que nous présentons aujourd'hui au public médical, nous nous sommes efforcés de faire une étude aussi complète que possible de cette intéressante question, tout en insistant à chaque occasion propice sur les funestes conséquences des végétations adénoïdes ignorées, négligées et abandonnées à elles-mêmes, et sur la nécessité d'une thérapeutique radicale et opportune.

(1) Rauger, *l. c.*

DEFINITION

Avec Morell-Mackenzie, on peut définir les végétations : petites tumeurs glandulaires qui naissent de la voûte et des parties latérales de la cavité naso-pharyngienne, donnent à la physionomie un air hébété, à la voix un timbre nasal, forcent le malade à respirer par la bouche, déterminent souvent la surdité par la propagation de l'inflammation à l'oreille moyenne et produisent chez les enfants des phénomènes constitutionnels qui résultent d'une obstruction nasale prolongée.

Moins à la portée de tous, mais plus scientifiquement peut-être, nous dirons avec les anatomo-pathologistes, que les végétations adénoïdes sont des tumeurs constituées par l'hypertrophie des follicules lymphatiques (ou glandes folliculeuses) qui tapissent la voûte du rhino-pharynx, et surtout de l'amas de ces follicules, situé à la partie moyenne de la voûte, entre les deux fossettes de Rosenmüller, amas connu sous le nom de l'amygdale ou tonsille pharyngée.

HISTORIQUE

En 1860, Czermak, grâce à sa découverte de la rhino-pharyngo-laryngoscopie, aurait observé et décrit le premier les végétations adénoïdes.

Dans le mémorable travail (1) où il fait connaître les nouveaux procédés d'investigation découverts par lui, il dit en effet, avoir observé sur la voûte de la cavité naso-pharyngienne, tout près de l'orifice de la trompe d'Eustache, deux petites tumeurs, dont une ressemblait à une « crête de coq » (2).

Cinq ans plus tard Voltolini (3) « publia l'observation d'un homme âgé de quarante et un ans, qui était venu deux ans auparavant réclamer ses soins pour une surdité considérable. L'audition fut considérablement améliorée par le traitement; mais au commencement de 1865, cet auteur, pratiquant l'examen rhinoscopique, aperçut des tumeurs suspendues comme des stalactites dans la cavité naso-pharyngienne. Ces tumeurs furent détruites en trois séances au moyen du galvano-cautère; il en résulta, au dire de l'auteur, une amélioration considérable de l'audition.

La même année Lœwenberg (4) publia trois observations de végétations observées dans la cavité naso-pharyngienne chez des malades atteints de surdité. Elles étaient, dit-il, probablement de nature identique aux glandes muqueuses hypertrophiques qui caractérisent la pharyngite granuleuse ».

(1) Czermak. — Des Kehlkopspiegel und seine Verwerthung für Physiologie und Medecin. Leipzig 1860.

(2) Nous empruntons la plupart des notions historiques à l'excellent *Traité des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne*, de Morell-Mackenzie, traduit de l'anglais par les Drs E.-J. Moure et J. Charazac.

(3) Voltolini. — *Allgem. Wien. Med. Zeitung*, n° 33, 1865.

(4) Lœvenberg. — *Arch. f. Orhenheilkunde*, 1865, B. II, p. 116 et suivantes.

Mais c'est surtout à Wilhelm Meyer que revient incontestablement l'honneur d'avoir donné pour la première fois, dans un travail de longue et consciencieuse observation la description exacte de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée sous le nom de « végétations adénoïdes ».

Tout en décrivant d'une façon complète les symptômes et la marche de la maladie, il étudia la structure histologique de ces tumeurs et indiqua le mode de traitement qui lui avait paru donner les meilleurs résultats. « Aussi doit-il, dit Morell-Mackenzie, être considéré, à juste titre comme ayant découvert les végétations adénoïdes du pharynx-nasal; car, bien qu'il n'ait pas été le premier à observer ces tumeurs, il est certainement le premier qui les ait complètement décrites. Les écrivains qui ont suivi n'ont guère fait que confirmer les observations de Meyer ».

Tel est aussi l'avis de l'éminent laryngologiste de Londres, le Dr Félix Semon. Chargé de prononcer le discours inaugural au moment de la remise à la municipalité de Copenhague du monument élevé en l'honneur de Meyer par souscription internationale, il prononça ces belles paroles :

« ... Quel a donc été le mérite si remarquable de Hans Wilhem Meyer pour mériter l'honneur que nous lui rendons aujourd'hui? La réponse est facile. Il y a aujourd'hui juste trente et un ans qu'il fut consulté par une jeune fille âgée de vingt ans qui souffrait de surdité, qui avait une voix bizarre et dont l'expression du visage était presque idiote. Le traitement dirigé du côté de la gorge et des oreillles fut impuissant. Meyer eut l'idée d'introduire son doigt dans la cavité naso-pharyngienne et une solution inattendue venait à se produire. Au lieu de pénétrer dans une cavité vide le doigt était arrêté par une masse volumineuse, molle, saignant facilement, dont l'existence et la nature étaient inconnues jusqu'à ce jour. Meyer enleva cette masse par une opération et obtint un succès qui fut le suivant : la surdité fut guérie, la voix devint naturelle et l'expression idiote de la face disparut.

« Ce résultat était déjà très beau, mais c'est seulement à partir de ce moment que commençait le réel mérite de Meyer. Ainsi que l'a dit avec raison Schopenhauer, pour être inventeur d'une chose, il ne suffit pas de la soulever du sol pour la

laisser retomber ensuite, il faut la prendre, la garder et en reconnaître la valeur. Si Meyer avait considéré son observation comme une simple curiosité pathologique, des années auraient pu passer sans que l'importance de cette question fut reconnue. Mais avec le véritable instinct d'un observateur scientifique, qui développe tous les petits faits qui peuvent devenir d'importantes vérités, Meyer ne lâcha pas le fil qu'une observation de hasard avait placé dans ses mains. Il commença à étudier le problème sous toutes ses faces. Il examina les tumeurs qu'il avait enlevées, étudia leur structure, et, leur trouvant des caractères glandulaires, leur donna le nom de végétations adénoïdes; il rechercha avec soin quels troubles l'obstruction de la cavité naso-pharyngienne peut provoquer du côté de la respiration, de l'ouïe, de l'articulation de la parole, de l'expression de la face et du développement général, psychique et physique. Il examina 2.000 enfants des écoles de Copenhague et rechercha la fréquence de cette affection. Il fut lui-même l'apôtre de sa découverte en la faisant connaître non seulement dans son pays, mais encore dans les publications étrangères. En un mot, il poussa tellement à fond sa découverte qu'il laissa à ses successeurs à peine quelques points de détail à élucider et que l'édifice qu'il a bâti est resté sans changement depuis sa première publication à ce sujet.... »

« En 1875, Guye, d'Amsterdam [1], fait une courte communication sur les végétations adénoïdes au Congrès international des sciences médicales tenu à Bruxelles. Carl Michel [2], de Cologne, étudia de nouveau le sujet. Dans une note publiée en 1879, Victor Lange [3], de Copenhague, proposa une modification de la méthode opératoire de Meyer et, au cours de cette même année, Solis-Cohen [4] dans la seconde édition de son remarquable ouvrage publia un excellent chapitre sur cette affection. En 1879, Lœvenberg reprit de nouveau la question et donna une excellente monographie de cette affection [5].

[1] Guye. — Congrès international des Sciences médicales. Bruxelles, 1875.

[2] Carl Michel, — Krankheiten der Nasenhale und des Nasenrachenraumes, 1876.

[3] Victor Lange. — Note sur les tumeurs adénoïdes. Copenhague, août 1879.

[4] Solis-Cohen. — Diseases of the thorat and nose. New-York, 1879.

[5] Lœvenberg. — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Paris, 1879.

Tauber [1], de Cincinnati, sur tous les cas de maladies du nez et du pharynx observés par lui remarqua que les tumeurs adénoïdes étaient dans la proportion de 6 0/0.

Les végétations adénoïdes furent l'objet d'une discussion publique au Congrès international des sciences médicales, tenu à Londres en 1881.

La plupart des auteurs qui viennent d'être cités donnèrent les résultats que l'expérience leur avait fait acquérir. Capart, de Bruxelles, montra plusieurs centaines de spécimens, ou, pour mieux dire, deux bouteilles remplies de végétations. A cette même occasion, Woakes fit une communication basée sur une centaine de cas et soutint que fort souvent les végétations ont une texture papillomateuse, contrairement à l'opinion généralement admise, qui les fait considérer comme étant formées du tissu adénoïde » [2].

Mentionnons encore l'excellent travail de Chatellier [3] qui contient des renseignements précieux sur l'anatomie pathologique et la clinique des tumeurs adénoïdes, de Fraenkel [4], de Schæffer [5], de Trautmann [6], de Mégevand [7] et les travaux plus récents de Bresgen, Dioniso, Paul Raugé, Lermoyez, Heymann, Gradenigo, Vacher, Guillaume, Roquez, Casadeus, Williams, Permewan, Escat, Helme, Magnus, Baîme, Courtade, Menière, Arslan, Raulin, Ruault, Guguenheim, Luc, Dubief, Cuvillier, Bertrand, Lubet, Martin, etc., etc.

(1) Tauber. — *Cincinati Lancet and Clinic*, 1880.
(2) Morell-Mackenzie. — *L. c.*
(3) Chatellier. — *Thèse de Paris*, 1886.
(4) Fraenkel. — *Deutsche med. Wochen.*, 1884.
(5) Schæffer. — *Krankheiten der Nase.* Berlin, 1886.
(6) Trautmann. — Anatomische, Pathologische und Klinische studien über Hyperplasie der Rachentonsille sowie chirurgische Behandlung, etc. Berlin 1886.
(7) Mégevand. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la voûte du pharynx. Genève 1887.

ANATOMIE NORMALE

L'amygdale pharyngée, ou l'amygdale de Luschka, occupe la région médiane de la voûte du rhino-pharynx. Etendue transversalement entre les deux orifices de la trompe d'Eustache, l'amygdale pharyngée présente ordinairement, de chaque côté d'une fente antéro-postérieure (*fente médiane*), des dépressions — toujours variables dans leur nombre et dans leur orientation — séparées par des crêtes à direction antéro-postérieure et affectant dans leur ensemble tantôt une disposition arquée, tantôt la forme de demi-éventail. Dans certains cas, les plis fortement flexueux, orientés dans les directions les plus diverses, anastomosés les uns avec les autres, forment un complexus très irrégulier, donnant assez bien l'idée de circonvolutions cérébrales (Testut, Mégevand).

La fente médiane aboutit ordinairement à sa partie postérieure a un petit diverticulum analogue à celui de la base de la langue (Meyer, Luschka, Ganghofner, Schwabach, Tornwald, etc.) et désigné par la plupart des auteurs sous le nom de « bourse pharyngienne de Luschka ».

La structure fondamentale de l'amygdale pharyngée est la même que celle de l'amygdale palatine. Elle est constituée sur le même type. En pratiquant sur le milieu de l'amygdale une coupe vertico-transversale, on peut constater, avec Testut, qu'elle est formée par un système des plis verticaux qui séparent les uns des autres des diverticulums ou cryptes plus ou moins profonds. Plis et diverticulums ont exactement la même valeur morphologique que les formations de même nom de l'amygdale palatine.

Leur structure est de même identique : ils se composent d'un épithélium et d'une couche profonde (tunique propre de Stöhr).

Les auteurs de sont pas entièrement d'accord sur la variété

d'épithélium qui revêt les crêtes et les dépressions de l'amygdale pharyngée. Pour Renaut, dans la profondeur des sillons, l'épithélium serait cylindrique cilié exactement à la façon de celui des fosses nasales et offrirait, à la surface des plis, le type malpighien. Pour Mégevand et Trautmann, on pourrait rencontrer un épithélium cilié ou un épithélium formé de cellules cubiques ou cylindriques, quelquefois un épithélium cylindrique stratifié.

La couche profonde est formée par du tissu réticulé, renfermant des follicules clos. C'est à ce tissu réticulé refermant des follicules clos (ou glandes folliculeuses, Faure) que His et Kœlliker ont donné le nom de « tissu cytogène » ou « tissu adénoïde ».

Le tissu adénoïde n'est pas particulier à l'amygdale de Luschka; il tapisse les fossettes de Rosenmüller et s'étend sur les parois latérales du pharynx nasal. Les follicules clos, disséminés dans leur plus grand nombre, tendent, même à l'état normal, à se grouper en amas, se réunir plus spécialement en certaines régions, affectant une forme et des rapports à peu près constants (Dansac).

Ce sont ces amas de tissu adénoïde, vaguement dessinés et peu volumineux à l'état normal, qui réunissent l'amygdale pharyngée aux amygdales buccales et forment la chaîne lymphatique connue sous le nom d'anneau de Waldeyer. « Si l'on veut se rappeler — dit Testut — qu'il existe au niveau du pavillon de la trompe une nouvelle amygdale de Gerlach ; que cette amygdale tubaire est reliée d'une part à l'amygdale palatine par deux traînées, l'une ascendante, l'autre descendante, de tissu adénoïde et de follicules clos ; que l'amygdale palatine, à son tour, se prolonge par une nouvelle traînée de follicules clos jusqu'à la base de la langue, on en conclura qu'il existe, dans chaque moitié du pharynx, une traînée non interrompue de formation lymphoïde, affectant la forme d'un demicercle et allant de l'amygdale pharyngienne à la base de la langue, en passant successivement par l'amygdale tubaire, par le pilier postérieur du voile du palais et par l'amygdale palatine. En réunissant le demi-cercle droit au demi-cercle gauche, on aura un cercle complet, désigné par Waldeyer sous le nom de « *grand cercle lymphatique du pharynx* ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une connaissance exacte de la structure normale de l'amygdale pharyngée, et en général du tissu adénoïde, a permis d'étudier avec fruit les modifications dont ce tissu devient le siège lorsqu'il s'hypertrophie.

Les végétations adénoïdes du rhino-pharynx se présentent sous les aspects les plus variés. Tantôt la prolifération du tissu adénoïde est égale en tous les points, et les végétations forment une nappe plus ou moins mamelonnée, envahissant la plus grande partie du pharynx nasal, tantôt elle se produit partiellement, sous la forme de crêtes et de langues, prenant naissance sur les points les plus divers du pharynx nasal, d'où elles s'étendent souvent jusque vers les fosses nasales dont elles obstruent le passage (fig. 1 et 2) [1].

Dans les cas où le tissu adénoïde de la voûte subit une prolifération considérable, les végétations affectent le plus souvent une forme lobulée, cachent le bord supérieur des choanes, ou bien descendent jusqu'à leur bord inférieur et quelquefois englobent complètement l'embouchure de la trompe. De cette embouchure descendent quelquefois en avant et en bas de gros bourrelets, constitués le plus souvent par la simple tuméfaction des plis salpingo-palatin et salpingo-pharyngien. (Urbantschitsch.)

Chez l'adulte et le vieillard, des végétations volumineuses se groupent dans certains cas sur la ligne médiane ou à son voisinage, obstruent plus ou moins les choanes et rappellent la forme infantile, « d'autres fois, les tumeurs petites sont

[1] Les deux figures ci-contre sont empruntées, avec l'autorisation de l'auteur, à l'excellent « Traité des maladies du larynx, du nez et des oreilles », de notre confrère et ami, le Dr Castex.

disséminées sur toute l'étendue du pharynx nasal, avec groupement prédominant dans les fossettes de Rosenmüller, quelquefois au voisinage des trompes. Souvent aussi il est impossible de distinguer des tumeurs nettement circonscrites ou pédiculées. Il semble dans ces cas, que tout le tissu adénoïde du pharynx nasal soit atteint d'une hypertrophie diffuse » ([1]).

L'examen histologique des végétations enlevées a montré

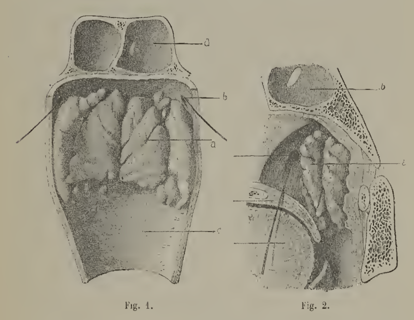


Fig. 1. Fig. 2.

qu'elles sont formées uniquement de tissu adénoïde de His et que l'hyperplasie porte sur tous les éléments des follicules clos qui les entourent et les unissent. Les coupes de ces tumeurs ne diffèrent en rien de celles des amygdales palatines. (Moure.)

Chatellier ([2]) a donné une excellente description anatomo-pathologique des tumeurs adénoïdes, d'après l'étude d'un grand nombre de coupes. D'après cet auteur ([3]), ces tumeurs sont tapissées dans toute leur étendue par une couche non interrompue d'épithélium vibratile. Entre les lobes, la couche

([1]) Bertrand. — *These de Paris*, 1897.

([2]) Chatellier. — Des tumeurs adénoïdes du pharynx. (*Thèse de Paris*, 1886.)

([3]) Cité par Balme. (*Thèse de Paris*, 1888.)

épithéliale s'insinue en s'adossant à elle-même. Cet épithélium est formé de cellules cylindriques dont l'extrémité, du côté de l'implantation, est très effilée ; leur protoplasma est granuleux et leur noyau très visible. Au-dessous de cette couche, sont des cellules de remplacement de forme ovoïde et situées entre les prolongements terminaux des cellules cylindriques. Leur noyau est gros et entouré d'une mince zone de protoplasma.

La substance adénoïde proprement dite est formée par un réseau de fibrilles entre-croisées au milieu desquelles se trouvent noyées les petites cellules rondes. Les points d'anastomose des filaments forment des nœuds ou corps étoilés dont les prolongements ne sont autres que l'origine ou la terminaison des filaments qui constituent la trame du tissu. Quelques-uns de ces nœuds renferment un noyau.

Les filaments entrent en connexion directe avec les vaisseaux, et vont se perdre dans leur paroi externe. Au centre de la tumeur, on rencontre de très nombreux vaisseaux : les uns ont la structure de petites artères, mais la plupart sont formés par une simple couche de cellules endothéliales.

D'après Mégevand [1], « la surface est souvent revêtue d'un épithélium cylindrique, quelquefois à cils vibratiles encore visibles, principalement dans les petites fentes ou sillons. Ou bien il n'existe qu'un épithélium cubique avec noyau entouré de protoplasma granuleux. Au-dessous une fine membrane formant séparation avec le tissu lymphoïde. Dans ce dernier on aperçoit de nombreux follicules, surtout autour de la muqueuse et le long des sillons.

« Par-ci par-là, quelques petits kystes revêtus d'un épithélium cylindrique un peu aplati et sans cils, à contenu transparent. La vascularisation est en général forte, surtout le long de la muqueuse et dans la couche du tissu conjonctif sous-adénoïdien où l'on voit souvent, dans les mailles, des cellules adipeuses. Le tissu réticulé est, par places, trouble, finement granuleux, ou bien dans d'autres cas il semble tout à fait normal. Les conduits excréteurs des glandes peuvent être agrandis, mais l'auteur n'a pu constater de kyste glandulaire. »

[1] Mégevand. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la voûte du pharynx. (Genève, 1887.)

Dans un remarquable travail sur la structure des végétations adénoïdes chez l'enfant et l'adulte, Michel Dansac [1] admet trois sortes de lésions : 1° les végétations scrofuleuses ; 2° les végétations lymphadéniques ; 3° les végétations syphilitiques. Il décrit avec beaucoup de détails les caractères histologiques qui permettent de les différencier les unes des autres et attache une grande importance au diagnostic de leur nature.

D'après cet auteur, l'aspect extérieur, le volume et même la consistance des végétations ne peuvent rien préjuger de leur nature. La consistance, par exemple, peut être molle alors que l'examen histologique, démontrera la prédominance du tissu fibreux sur le tissu lymphoïde ganglionnaire, dur dans le cas contraire.

Il serait également téméraire, d'après lui, de se prononcer sur l'état atrophique des cellules lymphoïdes d'après le seul volume de la tumeur.

Telle végétation, dure ou molle, volumineuse, présente une atrophie fibreuse avec ou sans dégénérescence des éléments lymphatiques. Telle autre, petite et dure, montrera, au contraire, ces derniers en pleine prolifération, sans participation des tractus fibreux ou du tissu réticulé au processus pathologique.

---

(1) Michel Dansac. — *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1893.

ETIOLOGIE

Les causes qui président à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée sont : les unes d'ordre général, les autres d'ordre local.

L'influence héréditaire est placée par un grand nombre d'auteurs au premier rang des causes prédisposantes à cette affection.

Cette influence est, en effet, comme le prouvent de nombreuses observations, un des facteurs les plus importants dans l'étiologie des végétations adénoïdes.

Mais, tandis que pour les uns (Wright, Thomson, etc.), la transmission se ferait directement et l'affection se développerait d'une façon congénitale, pour d'autres (Trautmann, Loevenberg, etc.), on ne retrouverait chez les ascendants que certaines diathèses : le lymphatisme, la tuberculose, la syphilis.

L'expérience a prouvé que les deux opinions sont également soutenables.

Les cas de transmission directe ou d'hérédité similaire s'observent assez fréquemment.

Chatellier [1] rapporte le cas d'une famille dans laquelle l'un des parents a été atteint dans son jeune âge de végétations adénoïdes qui ont entraîné les déformations caractéristiques des os de la face. Quatre de ses enfants ont été porteurs des mêmes tumeurs se traduisant par les symptômes classiques : nez pincé, bouche ouverte, lèvre supérieure trop courte, incisives chevauchantes et proéminentes en avant.

Dans un autre cas, rapporté par le même auteur, le père a

[1] Chatellier. — *Thèse de Paris*, 1886.

eu également, étant jeune, des végétations adénoïdes. Les deux filles ont eu des troubles auriculaires intenses et des déformations de la face si accusées qu'elles sont devenues l'objet de toutes les risées.

Guillaume a eu l'occasion d'observer les végétations adénoïdes dans une famille représentée par trois générations.

Des exemples pareils à ceux que nous venons de citer abondent, et on peut dire que tous les auteurs qui se sont occupés de la question en ont observé d'analogues.

Pour notre part, il nous est arrivé très souvent de trouver chez des parents d'enfants que nous avons opérés pour végétations adénoïdes, des stigmates qui ne laissaient aucun doute qu'ils ont été atteints de la même affection dans leur jeune âge.

Un des auteurs que nous venons de citer a même émis l'hypothèse que « c'est peut-être cette hérédité des tumeurs adénoïdes qui fait que les enfants issus des mariages entre consanguins sont plus fréquemment que d'autres affectés de surdi-mutité » (1).

Dans de pareils cas, la surdi-mutité serait acquise et proviendrait d'une lésion grave de l'oreille moyenne ayant ultérieurement envahi l'oreille interne.

Le rôle de certaines diathèses des ascendants, ou de l'hérédité de terrain, dans la production des végétations adénoïdes a été beaucoup discuté.

En se basant sur la structure identique de l'amygdale pharyngée et des ganglions lymphatiques, Loevenberg, Lennox-Brown, Trautmann et d'autres confondent dans une même étiologie l'hypertrophie de la tonsille de Luschka et le développement morbide d'autres organes du système lymphatique.

La prédisposition particulière de certains enfants à l'hypertrophie des ganglions et des amygdales doit être rattachée, pour ces auteurs, au lymphatisme, ou plus exactement à la strume : c'est le tempérament lymphatique qui favorise l'hypertrophie des ganglions qu'on observe si fréquemment chez les enfants et qui se produit sous l'action de la moindre irritation, c'est le même tempérament qui crée la prédisposition aux

(1) Chatellier. — *L. c.*

inflammations septiques, lesquelles sont le point de départ des végétations adénoïdes.

Le rapprochement que ces auteurs établissent entre les tumeurs adénoïdes et les adénopathies des scrofuleux est — comme le remarque avec juste raison Chatellier — fort séduisant. « Dans les deux cas, la lésion porte sur des organes de structure identique, le ganglion lymphatique n'étant qu'un amas de follicules clos. D'autre part, manifestations ganglionnaires scrofuleuses et tumeurs adénoïdes se rencontrent dans la jeunesse, surtout dans la première enfance. Il semble que dans la première période de la vie, la scrofule frappe de préférence les organes du système lymphatique constitué par les follicules clos. Un autre point de rapprochement est encore fourni par l'évolution parallèle des lésions dans les deux cas. Enfin, un autre fait bien digne de remarque, c'est l'impuissance presque absolue du traitement antiscrofuleux dans les deux cas. » (1).

Par contre, d'autres auteurs (Meyer, Morell-Mackenzie, Bosworth, etc.), ne reconnaissent aucune influence à la strume dans la production de cette affection.

Déjà Robert s'élevait contre cette idée et voyait dans l'hypertrophie plutôt la cause de la débilité qu'un effet d'une affection générale.

Pour Perry (2) l'hypertrophie des amygdales serait même une cause suffisante de la scrofulose, si scrofulose il y a.

Quoiqu'il en soit, et bien que l'origine strumeuse des tumeurs adénoïdes ne soit pas absolument démontrée, nous croyons, en nous basant sur des nombreuses observations personnelles, qu'il existe une grande affinité entre les deux affections et que le tempérament dit lymphatique, en favorisant l'action des causes locales, joue un rôle important, sinon prépondérant, dans l'étiologie de cette affection.

Une très curieuse opinion en ce qui concerne les manifestations de l'influence héréditaire a été émise par Balme (3).

D'après cet auteur, dans un certain nombre des cas, l'hypertrophie qui se manifeste chez quelques-uns des enfants ou chez tous dans la même famille, est due non pas à une inflam-

(1) Chatellier. — *L. c.*

(2) Perry. — *New-York Med. Record*, 3 octobre 1885.

(3) Balme. — *These de Paris*, 1888.

mation chronique héréditaire, à une tendance spéciale, à une aptitude transmissible par hérédité, mais à ce que les membres de la même famille sont nés avec une sténose congénitale du nez ou des fosses nasales relevant directement des malformations crâniennes héréditaires consistant dans l'infériorité du diamètre transversal de la base du crâne.

On serait donc, d'après cet auteur, en face de malformations natives, faisant partie d'un ensemble de difformités congénitales, de stigmates physiques qui atteignent également les membres, le crâne et sa cavité, qui se retrouvent au complet chez les dégénérés, et auxquelles s'est ajouté par surcroît l'hypertrophie du tissu de l'anneau de Waldeyer.

L'auteur infirme lui-même cette théorie, en reconnaissant que, dans la grande majorité des cas, l'ablation des tumeurs adénoïdes, pratiquée de bonne heure, fait disparaître ces déformations.

Les végétations adénoïdes ayant été observées et étudiées, au début, dans des pays froids et humides, certains auteurs ont été portés à faire jouer aux conditions climatériques un très grand rôle dans le développement de cette affection.

Mais depuis que l'on a appris à bien connaître ces tumeurs, on n'a pas tardé à s'apercevoir que le rôle de ce facteur étiologique a été considérablement exagéré.

Les végétations adénoïdes n'ont de prédilection marquée pour aucun pays : « elles sont aussi fréquentes dans les climats rudes que dans les climats tempérés, dans les climats maritimes que dans les climats continentaux » (Frænkel).

Ce serait cependant une erreur de croire que les conditions climatériques et hygiéniques n'exercent aucune influence sur la genèse de ces tumeurs. L'air froid et humide, de même que l'insalubrité du milieu, les poussières, les vapeurs irritantes, en un mot, toutes les causes qui provoquent des irritations locales et souvent répétées chez des sujets débilités, présentant une diathèse strumeuse, syphilitique, tuberculeuse, ou prédisposés aux fluxions catarrhales, peuvent devenir d'importants facteurs étiologiques .

L'influence du milieu nous semble donc avoir une certaine importance, confirmée, du reste, par l'expérience.

Ayant pendant plusieurs années systématiquement exploré le naso-pharynx des enfants qui fréquentaient notre clinique, nous avons pu constater que, sur 1.280 examens dont le résultat a été noté, le pourcentage des végétations était presque double chez les enfants habitant la ville que chez ceux qui vivaient au grand air à la campagne.

D'après Hill, l'hypertrophie adénoïde serait la conséquence de la suppression de la migration par diapédèse des leucocytes, par suite de l'épaississement et de l'imperméabilité de la muqueuse, épaississement qui serait dû au contact de la muqueuse avec les produits de la sécrétion nasale modifiée.

Comme le remarque avec juste raison Lennox-Brown, cette opinion demande confirmation et réclame des études plus approfondies : « s'il est incontestable qu'il existe presque toujours plus ou moins de catarrhe nasal muco-purulent ou purulent chez les enfants atteints de végétations adénoïdes, il n'est pas prouvé que ce catarrhe soit toujours primitif, car, souvent on voit l'écoulement disparaître aussitôt qu'on a opéré les végétations adénoïdes » (1).

Si la diathèse lymphatique est la cause prédisposante la plus manifeste de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, on peut dire, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que, sauf dans les cas où il s'agit d'une hérédité similaire, l'affection est le résultat des infections récidivantes, des poussées inflammatoires successives, aiguës ou subaiguës de la troisième amygdale.

Ce sont ces inflammations répétées chez des sujets prédisposés qui doivent être considérés comme la vraie cause déterminante des tumeurs adénoïdes.

Un grand nombre d'auteurs attribuent une importance considérable dans l'étiologie des adénoïdes à la coqueluche, à la diphtérie, aux exanthèmes aigus à détermination naso-pharyngienne (rougeole, scarlatine, etc.), à la fièvre typhoïde et autres affections fébriles.

D'autres, notamment Lennox-Brown, sont portés à renverser les termes de la proposition et à considérer comme *cause* ce que certains prennent pour l'*effet* et réciproquement.

(1) Lennox-Brown. — *Traité des maladies du larynx*, etc., 1891, p. 586.

Sans essayer de mettre d'accord des opinions aussi contradictoires, nous constaterons en passant que, nombre de fois, les végétations adénoïdes, ainsi que l'hypertrophie des amygdales palatines disparaissent, la suite du processus fébrile, accompagnant les complications broncho-pulmonaires de la coqueluche, de la scarlatine, etc.

Meyer, Oakley-Coles, Morell-Mackenzie, Boucheron, Wagnier et d'autres ont signalé la coexistence des divisions du palais avec les végétations adénoïdes.

Meyer a attribué ces dernières à l'irritation directe de la muqueuse pharyngienne par l'air et le froid.

« Je ne sais, dit Morell-Mackenzie, quelle est la cause de la production des végétations adénoïdes dans les cas de ce genre, mais je dois dire que j'ai rarement observé un exemple de division du palais sans constater en même temps dans la région sous-pharyngienne un nombre considérable de tumeurs adénoïdes » ([1]).

En 1894, Lermoyez a cru pouvoir individualiser une variété rare et peu connue de végétations adénoïdes, la forme tuberculeuse.

Bien que l'existence de cette forme particulière des végétations adénoïdes, en tant qu'entité morbide, soit encore discutable, nous pensons que chez les enfants issus de parents tuberculeux, il serait indiqué, en recherchant l'étiologie, de tenir compte de cette opinion.

Il faut signaler enfin l'hypertrophie de la glande deLuschka comme manifestation secondaire de la syphilis décrite par Moure. D'aprés cet auteur, le tabac serait une des causes qui favoriseraient le mieux l'apparition de cette lésion. Parmi les autres causes Moure reconnaît une action nocive aux aliments épicés, aux conserves, aux poissons de mer, à certains coquillages, tels que les homards, les écrevisses et les moules. Il en serait de même des liqueurs fortes et des boissons alcooliques. Au point de vue de la localisation de la diathèse, l'abus de la parole doit également être considéré, d'après lui, comme un élément étiologique assez important.

([1]) Morell-Mackenzie. — *Traité des maladies du Nez*, etc., p. 368.

Les végétations adénoïdes peuvent se rencontrer chez le nourrisson, l'adolescent, l'adulte, et même, exceptionnellement, chez le vieillard.

Cuvillier a pu réunir 64 observations de végétations adénoïdes concernant des enfants de 1 à 12 mois.

L'enfant le plus jeune opéré pour végétations par Holbein (de Strasbourg) avait quatre mois. Huber (de New-York) a observé des végétations adénoïdes chez les enfants au-dessous de six mois, et tout récemment chez un enfant de un mois seulement.

Dans notre clinique nous avons eu l'occasion d'opérer un certain nombre de nourrissons au-dessous d'un an.

A mesure que l'affection se vulgarise dans le monde médical, les observations de végétations adénoïdes chez les nourrissons se multiplient.

L'existence de cette affection chez l'adulte est actuellement un fait bien établi, mais pendant de longues années, et même jusqu'à une époque très récente, la grande majorité des auteurs considéraient cette affection comme l'apanage exclusif du jeune âge.

Et pourtant, déjà en 1881 Golding-Bird (1) a rapporté deux observations dans lesquelles les premiers symptômes s'étaient montrés après quarante ans.

En 1890, Moure a insisté, dans une communication à la Société française de laryngologie, sur l'existence des tumeurs adénoïdes chez l'adulte et même chez le vieillard.

La même année, Rollin a publié un travail dans lequel il a prouvé, en s'appuyant sur des nombreuses observations, que les végétations adénoïdes chez l'adulte sont loin d'être aussi rares qu'on l'avait pensé.

Cet auteur a observé cette affection chez des malades âgés de quarante à soixante ans et plus.

Depuis, les observations se sont multipliées.

Cuvillier a publié 15 observations recueillies à Lariboisière.

Chiari a observé 16 cas de végétations chez des malades ayant dépassé l'âge de trente ans. Dans une statistique de

(1) Golding-Bird. — Guy's hasp' reports, 1881, 3e série, vol. XXV, p. 441.

Moure et Brindel portant sur 618 cas, on relève 66 adultes de vingt à cinquante-cinq ans. Dans l'espace de deux années, Hellot a observé 70 cas de végétations adénoïdes chez des adultes; le plus âgé avait soixante-deux ans. Solis-Cohen a trouvé une hypertrophie de l'amygdale pharyngée chez une femme âgée de soixante-dix ans. Nous-même, nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer les végétations adénoïdes chez un grand nombre de sujets de trente à soixante ans.

En 1890, à l'époque où la question des végétations adénoïdes chez les adultes n'était pas encore bien élucidée, nous avons eu l'occasion d'opérer un homme de quarante-deux ans d'une tumeur volumineuse occupant la moitié gauche du cavum et donnant au doigt la sensation habituelle des tumeurs adénoïdes. Malgré cela, nous avions douté de la nature bénigne de la tumeur. L'examen histologique confirma le diagnostic.

Potter a publié un cas qui rappelle le nôtre et qui est très caractéristique.

Ayant eu l'occasion d'examiner le naso-pharynx d'une femme âgée de quarante-sept ans et atteinte de surdité et d'obstruction nasale, l'auteur y constate la présence d'une tumeur qu'il prend tout d'abord pour des végétations adénoïdes, mais aussitôt le doute le prend et il présente son cas à la « British laryngological and rhinological Association ». Là, un confrère lui dit que la tumeur ne ressemble pas à des végétations adénoïdes, que *l'âge de la malade parle également contre cette hypothèse*, et qu'il s'agit plutôt d'un sarcome. L'auteur se décide à enlever la tumeur quand même, et l'examen histologique montre qu'il s'agit bien de végétations adénoïdes [1].

Si nous avons insisté un peu longuement sur les végétations adénoïdes chez l'adulte, c'est parce que les troubles qu'elles provoquent sont loin d'être aussi bien et aussi nettement établis que chez les enfants. Chez ces derniers, en effet, les symptômes sont saisissants, tandis que chez l'adulte — chez qui les dimensions du pharynx nasal sont plus considérables que chez l'enfant — les phénomènes d'obstruction

(1) *British med. Journ.* et *Rev. de laryng.*, etc.

nasale et autres symptômes ne sont pas si caractéristiques, même dans le cas de tumeurs adénoïdes volumineuses.

Il est très important d'être fixé sur l'existence de cette affection chez l'adulte, vu qu'un certain nombre d'auteurs sont encore aujourd'hui imbus de l'idée que les végétations adénoïdes subissent *nécessairement* une régression ou disparaissent complètement après la puberté.

Ce que l'on peut dire et ce qu'il faut que chaque praticien sache, c'est qu'il y a des végétations qui *s'atrophient beaucoup plus tard* et qu'il y en a qui ne *s'atrophient pas du tout.*

Mais si l'existence de cette affection chez les adultes ne peut plus être actuellement discutée, il n'en restera pas pour cela moins établi que les végétations adénoïdes sont surtout une *maladie de l'enfance.*

SYMPTOMATOLOGIE

SYMPTOMES CHEZ L'ENFANT

Nous avons dit plus haut que certains auteurs considèrent les végétations adénoïdes comme le pivot de la pathologie infantile.

Cette opinion, tant soit peu exagérée, pourrait cependant être soutenue, en considérant que des milliers de faits publiés par des médecins très honorables et très honorés tendraient à prouver aujourd'hui, que, si toutes les maladies des enfants ne dépendent pas des végétations adénoïdes, elles en sont toutes, très souvent, plus ou moins influencées.

En effet : gêne de la respiration nasale, hypertrophies partielles et généralisées des cornets, épistaxis, coryza aigu et chronique, troubles olfactifs, atrésie des choanes, déformations squelettiques, catarrhes rhino-pharyngiens, catarrhes tubaires, otites catarrhales et purulentes, surdité, dacryocystites, kérato-conjonctivites, larmoiements, strabisme, photophobie, sécheresse de la bouche, pharyngite chronique, dysphagie, angines, adénites cervicales et trachéo-bronchiques, crises laryngées, accès de dyspnée, sténoses laryngo-trachéales, faux croup, aphonie spasmodique, crachements de sang, emphysème pulmonaire, bronchites à répétition, broncho-pneumonie, catarrhe gastro-intestinal, céphalagie persistante, sueurs et terreurs nocturnes, troubles vaso-moteurs, cauchemars, somnambulisme, habitudes vicieuses, épilepsie, asthme, attaques choréiformes, incontinence nocturne d'urine, hypoyémie, chlorose, anorexie, troubles digestifs, amaigrissement, paresse intellectuelle, aprosexie, etc., etc. — voilà les principaux symptômes et quelques-unes des nombreuses complications

qui ont été observés chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes.

Tous les jours, on peut dire, on voit signaler un nouveau symptôme jusque-là inaperçu et causé par cette affection.

Afin qu'on puisse se reconnaître dans cette symptomatologie si compliquée et si variée, la majorité des auteurs classent ordinairement tous les symptômes en deux groupes : le premier comprenant les maladies des oreilles, les inflammations des voies aériennes supérieures, les catarrhes bronchiques, les épistaxis, etc.; le second, les symptômes de nature réflexe : spasmes laryngés, incontinence nocturne d'urine, convulsions, trismus, etc.

Gouguenheim, en insistant sur le polymorphisme symptomatique révélant ou dissimulant la présence des tumeurs adénoïdes admet quatre types :

1° Type ordinaire, où prédomine l'obstruction nasale ;

2° Type auditif pur : le malade vient consulter parce qu'il est sourd ;

3° Type pharyngien, surtout caractérisé par des maux de gorge, des raclements, cherchant à expulser des mucosités du naso-pharynx, forme fréquente, surtout chez l'adulte ;

4° Type névralgique : prédominance des maux de tête, de l'inaptitude au travail (1).

Ce groupement est loin d'embrasser tous les cas qui peuvent se présenter.

Celui que Cradenigo adopta au 3e Congrès biennal de la Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie, en 1897, est plus rationnel.

Cradenigo groupe les principaux symptômes des végétations adénoïdes de la façon suivante :

1° Ceux dus à une oxygénation insuffisante du sang par suite du volume réduit d'air inspiré par la respiration buccale (anoshyémie ou mieux hypohyémie) ;

2° Ceux dus au volume d'air restreint inspiré par la bouche; déformations thoraciques, troubles de la phonation et du chant;

(1) GOUGUENHEIM, Leçon clin. faite à l'hôpital Lariboisière, *Gaz. des hôp.*, janvier 1882.

3° Ceux dus à l'action irritative de l'air inspiré par la bouche (pharyngites, bronchites, etc.);

4° Les symptômes locaux provenant de la fonction nasale défectueuse (déformation du nez et du palais);

5° Ceux dus au mauvais fonctionnement du pharynx (troubles auriculaires);

6° Ceux provenant de l'augmentation de la quantité de mucus et de sa stagnation dans le rhino-pharynx (pharyngites infectieuses, etc.);

7° Les symptômes spéciaux en rapport avec le fonctionnement défectueux de la respiration et de la phonation (asthme, spasme laryngien, etc.) [1].

Pour notre part, nous croyons que tous les symptômes ou troubles morbides occasionnés par les végétations adénoïdes peuvent être ramenés aux six groupes suivants :

1° *Symptômes dus à la permanente diminution du volume d'air inspiré et à l'oxygénation insuffisante du sang :* Etat général appauvri, air triste, aspect chétif, teint pâle — anoshyémie ou hypohyémie — arrêt du développement, état rudimentaire du système musculaire, déformation thoracique, troubles de la parole et du chant;

2° *Symptômes dus au manque de coopération des fosses nasales et du naso-pharynx à l'acte respiratoire* : Bouche béante, diminution de l'odorat, voix mal timbrée, déformation du nez et du palais;

Déformation des maxillaires supérieures amenant l'effacement des traits du visage qui, avec la béance de la bouche et l'avancement en avant des maxillaires inférieures, contribue à former le type adénoïdien pour ainsi dire classique;

Déformation des maxillaires inférieures consécutive à l'articulation défectueuse des dents occasionnée par l'arrêt du développement des maxillaires supérieures, et pouvant produire une asymétrie fort désagréable à la figure;

[1] Cradenigo. — L'hyperplasie de la tonsille pharyngienne. Comm. faite au 3e Congrès biennal de la Soc. Ital. de laryng., otol. et rhinol., octob. 1807.

3° *Symptômes dûs à la suppléance des fonctions du nez et du naso-pharynx dans l'acte respiratoire par la constante ouverture de la bouche :* Sécheresse de la muqueuse buccale et pharyngienne; pharyngite aiguë et chronique, laryngite, trachéobronchites aiguës dues à l'action directe de l'air froid qui n'a pas été réchauffé et humecté par son passage dans les voies aériennes supérieures; troubles auriculaires par défaut d'aération de la caisse, ronflements nocturnes;

4° *Symptômes dûs à la présence de la masse adénoïdienne agissant comme corps obstruant* : Surdité et bourdonnements intermittents, parésie du voile du palais, absence totale de la respiration nasale, difficulté de se moucher;

Prononciation spéciale qui supprime certaines consonnes du vocabulaire en les remplaçant par des lettres d'un timbre à peu près équivalent, faisant ainsi du mot *Nabuchodonosor*, *Dabuchododosor*;

5° *Symptômes nerveux explicables tantôt par des troubles réflexes dûs à la compression ou à l'irritation produite par la masse adénoïdienne ou par ses sécrétions sur les parties environnantes, et partant, sur les filets nerveux du pharynx, de la muqueuse nasale, des trompes et du larynx, tantôt par des troubles de la circulation centrale, ou bien autrement*: Asthme, spasme laryngien bénin, faux croup, aphonie spasmodique, blépharospasme, spasme de l'accommodation, fausse myopie, tic de la face;

Incontinence nocturne d'urine, cauchemar, somnambulisme, sueurs et terreurs nocturnes, migraine, céphalée persistante, vertige nasal, chorée, épilepsie;

Troubles phsychiques variés, obsessions diverses (corps étrangers des voies aériennes, de l'œsophage, du naso-pharynx, etc.), sensations d'étranglement, peur angoissante de l'altitude et de l'espace.

6° *Symptômes dûs à l'infection* (*de voisinage ou à distance*) *produite par la sécrétion muqueuse muco-purulente ou franchement purulente des végétations plus ou moins inflammées* : Amygdalites, pharyngites catarrhales ou infectieuses, salpyngites et salpyngo-tympanites catarrhales, otite moyenne sup-

purée avec ses complications habituelles (mastoïdite, abcès extra-dural, trombo-phlébite des sinus, pyémie, abcès encéphalique, lepto-méningite, sinusites divers);

Trachéo-bronchite infectieuse, broncho-pneumonie à répétition, catarrhe gastro-intestinal, adénite cervicale et trachéo-bronchique, larmoiement, dacryocystite, kérato-conjonctivite.

De ces divers troubles symptomatiques (dont les principaux seront étudiés plus loin en détail), les uns sont presque constants et se manifestent chez tous les adénoïdiens avec plus ou moins d'intensité, les autres sont inconstants et ne sont observés que de temps en temps.

La prédominance d'une série de symptômes au détriment des autres permet de grouper cliniquement les malades atteints de végétations adénoïdes dans les cinq formes ou types suivants :

1° *Forme respiratoire*, — où prédomine l'obstruction nasale à laquelle se rapporte le type adénoïdien classique;

2° *Forme naso-pharyngienne*, — dans laquelle prédominent les symptômes du catarrhe naso-pharyngien : maux de gorge, sécrétions, besoin de hemmer et de râcler pour expulser des mucosités;

3° *Forme auriculaire*, — comprenant : 1° le type auditif pur où le malade vient nous consulter seulement parce qu'il est devenu sourd et chez lequel, les végétations, en petite quantité, ne se manifestant pas par d'autres symptômes, le masque adénoïdien fait souvent totalement défaut; 2° le type auriculo-phlegmasique chez lequel, avec divers autres stigmates de l'adénoïdien, on trouve l'otite moyenne suppurée (simple ou compliquée, avec tout son cortège symptômatique);

4° *Forme nerveuse*, — dans laquelle des troubles réflexes du mouvement, de la sensibilité, ou d'ordre purement psychiques prédominent;

5° *Forme mixte*, — dans laquelle, sans affecter une prédominance marquée, les divers symptômes ou troubles occasionnés par des végétations adénoïdes se combinent tantôt d'une façon, tantôt d'une autre.

FORME RESPIRATOIRE

Cette forme, où le tableau clinique est dominé par les symptômes d'obstruction nasale, est la plus fréquente.

La respiration normale par le nez étant entravée dans cette forme par les végétations qui remplissent le cavum et obstruent les choanes, les enfants sont obligés de respirer par la bouche, et cette suppléance de la respiration nasale par la respiration buccale détermine toute une série de troubles très caractéristiques, que nous allons, afin d'en rendre la description plus facile à suivre, étudier dans l'ordre suivant :

1° Troubles de la respiration ;
2° Troubles de la parole ;
3° Troubles de l'odorat et du goût ;
4° Troubles de développement.

1° *Troubles de la respiration.* — La gêne de la respiration nasale peut être très peu marquée à l'état de veille.

Pendant le jour, en effet, l'insuffisance de la respiration nasale est compensée, en partie, par la respiration buccale : l'air, par la bouche, pénètre en quantité suffisante dans les poumons pour que les troubles respiratoires, dans un grand nombre de cas, puissent passer inaperçus.

Les parents attentifs ne sont pas cependant sans remarquer qu'au moindre effort, soit en faisant des exercices de gymnastique, soit en courant ou en montant un escalier, leur enfant est vite essoufflé, oppressé et que, très souvent, il se voit dans l'impossibilité de suivre le jeu de ses camarades.

Comme nous le verrons plus loin, en parlant des troubles de développement, cette dyspnée, survenant au moindre effort un peu violent, ne tient pas seulement à l'insuffisance de la respiration nasale, mais aussi à l'angustie du pharynx et du larynx et aux malformations de la cage thoracique qui en sont fréquemment la conséquence.

Mais si, pendant le jour, grâce à la respiration buccale complémentaire, les troubles respiratoires ne se révèlent pas tou-

jours par des symptômes assez caractéristiques pour attirer l'attention des parents, le ronflement, et surtout les accidents dyspnéiques intenses, allant parfois jusqu'à l'étouffement, qui surviennent souvent, dans cette forme, pendant le sommeil, ne manquent pas, généralement, de leur donner l'éveil et de leur inspirer des inquiétudes.

L'étude de la respiration chez un enfant, à l'état de veille, dont les choanes sont obstruées par des végétations et qui est obligé de respirer la bouche ouverte, peut non seulement seconder le diagnostic et expliquer jusqu'à un certain point les malformations thoraciques, mais elle permet encore de se rendre un compte exact du mécanisme des accidents qui surviennent pendant le sommeil.

« Lorsqu'on met à nu le torse d'un enfant atteint de végétations adénoïdes, et qu'on observe les effets physiologiques de la respiration, on voit, si l'enfant respire comme il fait habituellement la bouche ouverte, les clavicules et les côtes supérieures se soulever, ainsi que l'épigastre et la paroi abdominale, pendant que les côtes inférieures s'écartent de l'axe de la cage thoracique.

La respiration est par conséquent physiologique et l'auscultation pratiquée à ce moment fait entendre un murmure vésiculaire normal. Mais si le malade ferme la bouche et tente de faire pénétrer l'air par la voie nasale seule, on voit les clavicules et les côtes supérieures se soulever plus énergiquement, les sterno-mastoïdiens se contractent avec plus de force; par contre, l'épigastre et la paroi abdominale, au lieu de se soulever, se contractent et subissent même une dépression manifeste.

Le type respiratoire devient costal supérieur et perd le type costo-diafragmatique qu'il doit avoir physiologiquement.

En même temps, les mouvements inspiratoires deviennent plus fréquents, le malade cherche, en accélérant la respiration, à lutter contre la prise d'air qui est insuffisante comme quantité.

L'auscultation révèle des troubles vésiculaires qui sont la reproduction fidèle des troubles respiratoires.

Le murmure devient obscur, voilé; il semble perçu à une distance plus grande.

Les différences respiratoires apparaissent encore plus manifestes si l'on a soin de faire respirer alternativement le malade par le nez et par la bouche ([1]). »

Pendant le sommeil, la respiration buccale se faisant mal, par suite de l'application du voile du palais sur la base de la langue, tous les troubles qui viennent d'être décrits s'exagèrent singulièrement.

Presque toujours, l'enfant, dès qu'il est endormi , fait entendre un ronflement sonore, assez bruyant, parfois, pour réveiller les personnes qui dorment dans une pièce voisine.

L'explication de ce phénomène est très simple. A chaque mouvement inspiratoire « l'air passant par la cavité buccale, rencontre, à l'isthme du gosier, le voile du palais à l'état de repos, c'est-à-dire de flaccidité absolue, son bord inférieur reposant sur la base de la langue; il le soulève pour entrer dans le larynx, mais le voile retombe pour être aussitôt soulevé de nouveau; ce sont, ces vibrations qui produisent le son inspiratoire qui est le ronflement. » (Chatellier.)

On comprend aisément que, dans ces conditions, la quantité d'air qui pénètre à chaque inspiration dans les poumons est tout à fait insuffisante.

Le sang se surcharge d'acide carbonique, l'enfant commence à étouffer et ne tarde pas de se réveiller en sursaut, en proie à une grande anxiété et à une vive agitation, les yeux hagards, la figure cyanosée, le corps baigné de sueurs froides et profuses.

Mais dès qu'il a fait quelques larges inspirations par la bouche, tout semble rentrer dans l'ordre : la dyspnée disparaît, les traits reprennent leur tranquillité, l'enfant se rendort paisiblement.

Malheureusement, cette tranquillité ne dure pas longtemps.

Après un intervalle plus ou moins long, l'enfant commence

([1]) Grancher. — Leçon clinique faite à l'hôpital des Enfants malades. Citée par Hermet : Leçons sur les mal. de l'oreille. Paris, 1882.

de nouveau à ronfler et une nouvelle accumulation d'acide carbonique dans le sang amène une nouvelle crise, accompagnee de mêmes accidents.

Il en résulte pour l'enfant une nuit agitée et un sommeil fréquemment interrompu par des crises de suffocation qui terrifient l'entourage.

Le tableau n'est pas toujours aussi dramatique. Dans beaucoup de cas l'enfant ne paraît pas être en imminence d'asphyxie et ne se réveille pas en sursaut, mais la respiration est toujours pénible et laborieuse et le sommeil agité : il pousse des gémissements, des plaintes, des cris. L'insuffisance de l'hématose et les sueurs profuses exercent une influence néfaste sur sa santé générale et contribuent à le fatiguer et à le débiliter.

Disons, en passant, que malgré les crises d'asphyxie qui affolent les parents, beaucoup d'entre eux, en les attribuant aux cauchemars ou à la croissance, laissent évoluer l'affection pendant de longues années, et ne se décident souvent à consulter le médecin que lorsque les désordres qu'elle a déterminés sont devenus irréparables.

Troubles de la parole. — Les troubles de la parole se divisent en troubles de la phonation proprement dite, et en troubles de l'articulation ou de la prononciation.

Nous ne pouvons pas traiter dans ce travail de la physiologie de la voix. Quelques mots, cependant, nous semblent indispensables.

L'appareil phonateur se compose, comme on sait, d'un organe essentiel à la génération des sons, le larynx; d'une soufflerie représentée par les poumons et la trachée-artère; d'un tuyau vocal ou caisse de résonnance, le pharynx, la bouche et les fosses nasales.

Le son produit par la vibration des cordes vocales inférieures, ou son *fondamental*, avant de frapper notre oreille, subit de profondes modifications, qui le transforment, pour ainsi dire, dans sa nature, et qui résultent de l'adjonction à ce son des *harmoniques*, ou sons, prenant leur origine dans les cavités naso-bucco-pharyngienne, jouant le rôle de caisse de résonnance.

Ce sont ces modifications qui donnent à la voix le *timbre*.

L'influence exercée par l'obstruction de la cavité naso-pharyngienne sur les troubles de la voix est dès lors facile à comprendre.

Tous les sons nasaux comme A N, E N, I N. O N, U N, etc., dont la prononciation exige la perméabilité des fosses nasales et du cavum, disparaîtront. A N deviendra A; O N deviendra O; l'enfant, au lieu de « maman » prononcera « mama » [1].

A l'altération du timbre s'ajoute l'altération de l'intensité et de la hauteur de la voix ; elle perd son métal (Michel, de Cologne); elle devient terne, sourde, étouffée, morte (Meyer).

Le chant devient difficile, pénible, de même que la lecture à haute voix et la déclamation. Etant obligé de forcer la voix, le malade accuse bientôt de la fatigue, de l'enrouement.

« Quelques jeunes filles — disent Castex et Malherbe — portant des adénoïdes peu développées, peuvent atteindre l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, sans en ressentir aucun inconvénient. Si elles commencent alors l'étude du chant, elles rencontrent des difficultés inattendues. Leur voix est sourde, ne peut aisément monter à l'aigu et se fatigue promptement. Les sons se voilent, et l'élève obligée de forcer, ressent au pha-

[1] « Les sons A N, E N, I N, O N, U N, etc., prononcés comme dans *enfoncement*, *infanterie*, sont de véritables voyelles et non des associations de voyelles et de consonnes, comme dans les mots : *in*iquité, *in*augurer. Ils sont très employés dans la langue française et constituent les *voyelles nasales*, ainsi nommées parce que le son clair (buccal) des voyelles A, E, I, O, U, va résonner dans les cavités nasales et y prendre, par l'adjonction de certaines harmoniques, le timbre spécial qui leur est propre. Au moment de la production de ces sons, le voile du palais se relâche, la bouche, le nez et le pharynx communiquent ensemble et forment une vaste cavité de résonnance. Quand les tumeurs adénoïdes remplissent la voûte du pharynx, les ondes sonores ne peuvent aller résonner dans le diverticule nasal et y produire les harmoniques qui donnent au son le timbre nasal. A N devient A; *maman* devient *mama*.

C'est donc l'opposé de ce qui se produit dans la paralysie du voile du palais où tous les sons buccaux deviennent nasaux : A est changé en A N, etc., *papa* devient *panpan*; *parole*, *panrole*, etc.

Il est de toute évidence que le trouble fonctionnel est proportionnel à la lésion somatique, et que l'on trouve tantôt une simple et légère altération du timbre, à peine perceptible, et tantôt l'abolition complète des sons nasaux ; entre les deux il existe toute une série intermédiaire et autant de nuances différentes que de malades » (Chatellier).

rynx la gêne particulière décrite sous le nom de « Crampe des chanteurs » (¹).

Les troubles de l'*articulation* ou de la *prononciation* accusent les mêmes causes.

Certaines consonnes, comme M et N, ne peuvent être prononcées que si l'air s'échappe librement par les fosses nasales.

« Dans l'articulation de M, l'occlusion des lèvres est complète, le voile palatin abaissé et le courant d'air *s'échappe par le nez*.

Pour la lettre N, la pointe de la langue s'applique à la voûte palatine, et ses bords au pourtour de la paroi buccale, le voile du palais est abaissé et l'air passe en grande partie *par les fosses nasales* » (²).

Cet échappement ne pouvant pas se faire, dans les végétations adénoïdes à forme respiratoire, par suite de l'oblitération du cavum et des fosses nasales, l'enfant remplace les consonnes, dont la prononciation lui est impossible par d'autres qui s'en rapprochent le plus.

Il prononce B au lieu de M et D au lieu de N.

Ainsi, un enfant que, suivant notre habitude, nous cherchions à apprivoiser, avant de l'opérer, en lui faisant tous les jours de légers attouchements de la gorge avec un *collutoire agréable*, avait l'habitude de dire aussitôt touché : Baba, j'aibe bed bossieur, il d'est pas bechad, bais allod dous ad, je d'ai plus bal. (Maman, j'aime bien Monsieur, il n'est pas méchant, mais allons-nous en, je n'ai plus mal.)

Une petite fille soignée par Ruault disait : « Je dai pas bal à bo dez » pour : Je n'ai pas mal à mon nez.

Troubles de l'odorat et de goût. — Pour que les sensations olfactives puissent s'exercer — il n'est peut être pas inutile de le rappeler — il est indispensable que les vapeurs ou particules odorantes soient mises en contact avec la région olfactive par un *courant d'air*.

Elles n'agissent, en effet, que si l'air qui les contient est en mouvement.

Ainsi quand on place un morceau de camphre dans le nez

(¹) Castex et Malherbe. Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes. *Bull. Méd.*, 4 et 7 mars 1894.

(²) A. Chervin. *Dictionnaire Dechambre*, article : Parole.

et qu'on l'y laisse immobile, il ne se produit aucune sensation; il ne s'en produit pas plus, si on remplit les fosses nasales d'un liquide volatile et très odorant (Mathias Duval).

Le courant d'air doit être un *courant inspiratoire*, les sensations déterminées par l'air expiré étant, en effet, peu appréciables.

Pour déterminer les sensations olfactives, pour *flairer*, on doit faire par le nez, *la bouche étant fermée*, une série d'inspirations brèves et saccadées.

Chez les enfants atteints de végétations adénoïdes à forme respiratoire, la perception des odeurs doit être nécessairement diminuée ou complètement abolie, l'obstruction des choanes ne permettant pas la projection des particules odorantes sur la muqueuse olfactive par un courant d'air, circulant librement dans les fosses nasales.

En ce qui concerne les *troubles du goût*, si l'on excepte les saveurs salée, sucrée, acide et amère, toutes les autres, comme les saveurs aromatiques, nauséabondes, le bouquet des vins, le fumet de viande rôtie appartiennent en réalité aux sensations olfactives.

Tout le monde sait qu'en cas de coryza, d'anosmie, ou lorsqu'on se bouche les narines en mangeant, on ne perçoit plus la sapidité de certaines substances alimentaires.

La propriété sapide de la plupart d'entre elles n'est due, en effet, qu'au développement d'acides gras ou d'éthers particuliers qui sont odorants.

Etant donnés les rapports étroits qui existent entre l'odorat et le goût, il est évident que la diminution ou l'abolition des sensations olfactives, due à l'imperméabilité nasale, entraînera nécessairement la diminution ou la suppression complète des sensations gustatives.

Troubles du développement. — L'occlusion de la cavité naso-pharyngienne par des végétations adénoïdes, et l'imperméabilité nasale qui en résulte, entraînent invariablement, fatalement, lorsqu'elles se produisent pendant les années du développement de l'individu, en dehors des troubles que nous venons d'étudier, toute une série de déformations de la face et du thorax qui, en venant augmenter encore les effets

désastreux sur l'organisme de la respiration buccale, altèrent d'une façon profonde et durable la santé générale.

Déformations de la face. — Le *nez* subit un arrêt de développement par défaut de fonction. Réduit dans toutes ses dimensions, petit, étroit, il paraît atrophié, rudimentaire. Ses ailes, mal dessinées, petites, comprimées latéralement, affaissées, immobiles, rétrécissent encore plus les orifices, déjà étroits, des narines, et les réduisent souvent à une simple fente.

Le profil du nez, chez les porteurs des végétations adénoïdes à forme respiratoire, est variable et présente deux types : dans l'un, ce profil est représenté par une ligne brisée dont l'angle, fortement saillant en haut et en avant, répond à l'extrémité des os propres du nez ; dans l'autre, il est réduit comme les dimensions transversales de l'organe et, au lieu de faire une saillie anguleuse, présente une ligne légèrement concave en haut et en avant [1].

La conformation intérieure des fosses nasales correspond aux déformations extérieures de l'organe : tous leurs diamètres sont réduits. La cloison, se développant dans une cavité arrêtée dans son développement, se déforme, s'incurve et se dévie dans des sens différents.

Parfois aussi, aplatie dans son diamètre vertical, elle s'écrase en quelque sorte sur elle-même et, au niveau de la ligne d'insertion sur le plancher des narines, forme à droite et à gauche une saillie cartilagineuse plus ou moins considérable, comme si elle se développait transversalement [2].

Ces déviations et éperons de la cloison, ajoutés à l'hypertrophie des cornets inférieurs qui, dans ces cas, est presque la règle, deviennent une nouvelle cause de l'obstruction complète ou presque complète des cavités du nez, au point de rendre impossible la respiration nasale, même après l'ablation des végétations adénoïdes.

Les maxillaires supérieurs, de même que les fosses nasales, subissent un arrêt dans leur évolution. Les antres d'Highmore restent à l'état rudimentaire. Il en est de même des sinus sphénoïdaux, ethmoïdaux et frontaux.

(1) CHATELLIER. — *L. c.*

(2) CUVILLIER. — Traité des Maladies de l'enfance, T. II, p. 457.

Toutes ces cavités, à l'état normal, communiquent largement avec l'air qui s'y renouvelle et y circule à chaque inspiration. Quand la respiration nasale est supprimée, le développement normal de ces cavités est arrêté par défaut de fonction, et c'est à cette circonstance que l'on doit attribuer l'état rudimentaire de certains os de la face, notamment de l'os molaire ([1]).

La voûte palatine, rétrécie dans son diamètre transversal, et augmentée dans son diamètre antéro-postérieur, affecte la forme ogivale. Sa hauteur est parfois telle que les enfants ne peuvent que difficilement en atteindre le sommet avec l'extrémité de leur langue.

Quelquefois la voûte, au lieu d'être d'une forme ogivale parfaite, prend d'arrière en avant la forme du cimier d'un casque ou d'un bonnet phrygien, c'est-à-dire que la partie la plus élevée se trouve en avant, immédiatement en arrière de l'arcade dentaire ([2]).

Cette dernière, par suite de la disposition ogivale de la voûte palatine se rétrécie latéralement et proémine en avant. L'os incisif et les dents qu'il supporte, se trouvant enserré entre les deux apophyses palatines atrophiées, est projeté en avant et forme une saillie, souvent considérable, qui repousse la lèvre supérieure et rend encore plus manifeste le prognatisme dû à la déformation ogivale de la voûte palatine.

Outre leur projection en avant, les dents, ne pouvant se placer régulièrement sur l'arcade alvéolaire rétrécie, s'implantent vicieusement, chevauchent les unes sur les autres, pointent en avant et en arrière, ou s'arrêtent dans leur développement (nanisme).

Le maxillaire inférieur qui, généralement, se développe d'une façon normale, dépasse notablement le maxillaire supérieur.

Le profil de la face rappelle celui d'un bull-dog (Chatellier).

Dans certains cas, l'articulation défectueuse des dents peut amener la déformation du maxillaire inférieur et devenir cause d'une asymétrie de la figure.

Aux déformations squelettiques de la face correspondent celles des parties molles.

([1]) CHATELLIER. — *L. c.*
([2]) BALME. — *L. c.*

Par suite de l'état rudimentaire des sinus maxillaires et de l'atrophie consécutive des os molaires, les deux pommettes s'affaissent et s'effacent.

L'abaissement du maxillaire inférieur, entraînant en bas les tissus qui recouvrent les os, les plis naso-labiaux et naso-molaires sont tirés en bas et se rapprochent de la direction



Figure 3.

verticale; de plus atténués et presque effacés chez certains malades, le faciès ne présente plus aucune expression.

Les paupières inférieures se continuent avec les joues sans aucune ligne de transition. Les yeux se trouvent ainsi à fleur de tête et le regard perd toute expression (Chatellier).

La lèvre supérieure, devenue trop courte, par arrêt de développement et par attitude vicieuse ne recouvre que très incomplètement les incisifs supérieures, dont on aperçoit une partie plus ou moins considérable à travers l'orifice buccal entr'ouvert.

Toutes ces déformations ajoutées à l'état rudimentaire du nez, dont la racine est épaissie, œdémateuse et sillonnée par des veinules bleuâtres, et à l'effacement des autres parties, dû à l'état rudimentaire des sinus frontaux et ethmoïdaux, donnent au malade cet air étonné, hébété, inintelligent, stupide, qu'on connaît sous le nom de faciès adénoïdien. (Fig. 3.)

Déformations du thorax. — Bien longtemps avant la découverte de Meyer, un grand nombre d'auteurs (Dupuytren (1), Coulson (2), Waren (3), Shaw (4), Robert (5), Lambron (6), etc.), ont été frappés des déformations de la cage thoracique chez les sujets respirant par la bouche, mais ils rapportaient faussement ces altérations à l'hypertrophie des amygdales palatines.

« Je n'hésite pas, dit Alphonse Robert, dans son remarquable mémoire à regarder le gonflement des tonsilles comme la maladie primitive, fondamentale, et la déformation de la poitrine comme la conséquence de ce gonflement. »

Il n'y a rien à changer à l'admirable description des déformations thoraciques, faite par quelques-uns des auteurs que nous venons de citer, sauf à la rapporter à sa véritable cause.

« La poitrine, dit Robert, au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est, au contraire, déprimée, plane et même quelquefois concave, comme si, à l'époque où les côtes étaient molles et flexibles, on les avait comprimées d'un côté vers l'autre. Cette dépression est plus prononcée vers le milieu de la hauteur du thorax que près de son sommet ou de sa base. Elle est également plus marquée vers le milieu de la longueur des côtes que près de leurs extrémités.

Quant au sternum, ses changements se bornent quelquefois à une voussure peu prononcée, en avant et vers son milieu ; mais dans les cas extrêmes, il devient le siège d'une déformation très remarquable. Retenu en haut par la première côte, il éprouve, par l'élongation des côtes moyennes, un mouvement de bascule qui tend à pousser en avant et en haut sa partie moyenne. D'un autre côté comme son extrémité inférieure est bridée par la ligne blanche et les muscles droits abdominaux qui tendent à l'entraîner en bas, cette extrémité, au lieu de participer à la projection en avant du corps de l'os,

(1) Dupuytren. — Mémoire sur la dépression latérale de la poitrine.
(2) Coulson. — On deformities of the chest and the spine. Cité par Robert.
(3) Waren. — *American Journ. of. Med. Sc.* Août 1839.
(4) Shaw. *Medical Gaz.* Octobre 1841.
(5) Robert. — Sur le gonflement chronique des amydales chez les enfants, 1843.
(6) Lambron. — De l'hypertroptie des amygdales, etc. *Bull. de l'Acad. de Méd.* 1861.

se recourbe au contraire, et se déjette en arrière. Il résulte de là que, loin de présenter une surface plane de haut en bas, comme dans l'état normal, le *sternum est cambré en avant, plus ou moins saillant à sa partie moyenne, et déprimé au-dessous de ses deux tiers supérieurs.* »

Pour Lambron, les déformations thoraciques consécutives à l'hypertrophie des amygdales présentent un caractère spécial qui les fait distinguer des altérations dues au rachitisme.

Tandis que dans le rachitisme le thorax présente une saillie des cartilages chondro-sternaux et deux *gouttières verticales*, comprenant presque toute la hauteur de la poitrine, la déformation thoracique due à l'hypertrophie des amygdales se traduit, d'après cet auteur, par une dépression transversale au niveau de l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs :

« Les côtes qui forment la partie moyenne des parois thoraciques, sont plus ou moins déprimées ou enfoncées, de sorte que ces arcs osseux présentent une incurvation en sens opposé à leur courbure naturelle, et le maximum de cette incurvation répond à peu prés au milieu de la longueur de ces os. La partie supérieure de la poitrine, le plus ordinairement ne participe en rien à cette déformation. Elle garde, au contraire, sa forme normale, et, si elle semble bombée, si les côtes paraissent plus saillantes, plus courbées en dehors, c'est, dans la plupart des cas, un simple effet de contraste, entre la *courbure naturelle* des côtes superieures et la *dépression morbide* des côtes moyennes ».

La dépression thoracique paraît avoir été produite, d'après cet auteur, comme par un anneau qui aurait enserré le thorax et aurait déprimé en dedans cette partie de la cage osseuse.

Quel est le mécanisme de ces déformations ?

Pour Robert, la déformation résulte de la diminution de la tension pendant les mouvements d'inspiration de l'air contenu dans la cavité de la poitrine, par suite de l'obstacle qu'apporte à son entrée l'hypertrophie glandulaire pharyngée. Cette diminution de tension aurait pour conséquence un aplatissement de la cage thoracique, encore flexible chez les enfants, par la pression de l'air atmosphérique s'exerçant de dehors en dedans pendant l'inspiration.

D'après Lambron, la forme transversale de l'enfoncement thoracique correspond exactement aux attaches supérieures du diaphragme : or, la dilatation de la poitrine, quand il existe un obstacle à l'entrée des voies respiratoires, s'exécute surtout par la contraction des muscles inspirateurs inférieurs, et principalement du diaphragme. C'est l'excès des contractions de ce muscle qui attire en dedans les côtes, les déforme à cause de leur flexibilité, et produit ainsi la dépression transversale.

Pour Lœvenberg et Chatellier ces déformations thoraciques sont le résultat d'un *tirage chronique*.

Lorsque les végétations adénoïdes arrivent à leur maximum de développement, « il arrive nécessairement une époque où l'obstruction des arrière-narines devient gênante pendant certaines poussées de turgescence plus grande ou de sécrétion plus copieuse qui sont particulières à l'affection. Dans ces moments-là, la respiration nasale devient insuffisante ; mais comme le malade n'a pas encore exclusivement adopté la respiration buccale, il fermera de temps en temps involontairement la bouche et essayera de respirer par le nez. Celui-ci se trouvant fermé, l'élargissement de la cage thoracique ne peut se faire. » [1].

Chatellier compare les accès dyspnéiques, qui sont la cause déterminante des déformations thoraciques, à ceux qu'on observe dans les asphyxies laryngées.

« Le courant d'air ne trouvant pas d'issue pour pénétrer dans les poumons, il se produit du *tirage* au moment de l'inspiration. A ce moment, la cage thoracique mue par toutes forces inspiratoires, tend a se distendre, mais l'air ne pénètre pas, il se fait un vide relatif et les parois s'enfoncent au creux épigastrique, aux parties latérales de la poitrine et à la base du cou, en même temps que se produit un bruit glottique strident. C'est le *tirage aigu et poignant.* »

Dans l'insuffisance respiratoire due à l'imperméabilité nasale tous ces symptômes se trouvent certes considérablement atténués. Les crises d'asphyxie sont peu fréquentes et ne surviennent que pendant le sommeil, mais nous avons vu que

[1] CHATELLIER. — *L. c.*

la dyspnée chronique due à l'imperméabilité nasale, ce *demi-tirage*, selon le mot de Chatellier, suffit pour déformer la face et la poitrine, pour compromettre gravement les fonctions les plus importantes de l'économie, pour entraver la croissance.

Chez tous ces enfants, dit Robert, l'état constant de la gêne de la respiration et de la nutrition empêche le développement des forces et produit un état de pâleur, de maigreur et de faiblesse qui dénote le peu d'activité de l'hématose et l'atteinte portée aux sources même de la vie. Malheur à ces enfants, si, à l'état habituel de dyspnée, vient se joindre une maladie accidentelle des organes respiratoires capable d'en augmenter l'intensité.

FORME NASO-PHARYNGIENNE

Quoique les accidents infectieux des voies respiratoires soient directement et étroitement liés à l'obstruction des fosses nasales par les végétations adénoïdes, nous avons cru cependant utile de les étudier à part, d'abord, en cédant au désir d'être clair, ensuite, parce que dans un certain nombre de cas les symptômes du catarrhe chronique des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne peuvent dominer le tableau symptômatique.

« Le nez, dit Ruault, est, avant tout, l'organe de défense des voies respiratoires plus profondes, c'est suivant l'heureuse expression de François Frank, la véritable *sentinelle respiratoire*. On peut d'abord le considérer comme un filtre destiné à arrêter, dans ses cavités anfractueuses, les poussières inorganiques et organiques, inanimées et vivantes, qui sont contenues, en si forte proportion, dans l'air que nous respirons. Mais là ne se borne pas son rôle : en même temps qu'il filtre et purifie dans une certaine mesure l'air inspiré, il permet à cet air de se mélanger, avant de pénétrer dans la poitrine, avec celui plus humide et plus chaud contenu dans les fosses nasales et leurs cavités accessoires » (1).

(1) Ruault. — Leçons inédites sur les Maladies du nez, 1887. Cité par Balme.

Le défaut de la respiration nasale entraîne donc souvent des divers troubles dus à la pénétration dans la gorge, les bronches et les poumons, d'un air plus impur, plus sec et plus froid que normalement.

Sous l'influence des moindres variations de température, on voit survenir des poussées d'adénoïdite aiguë avec leurs différentes complications habituelles : angines, laryngites et bronchites.

La soi-disante prédisposition de certains enfants aux refroidissements, n'est autre chose, dans la grande majorité des cas, que l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, causant et entretenant les catarrhes chroniques du naso-pharynx et des voies respiratoires.

En examinant la gorge avec l'abaisse-langue, on aperçoit du mucus grisâtre ou jaune verdâtre, quelquefois teinté de sang qui coule le long de la paroi postérieure du pharynx.

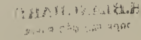
Les mucosités qui s'écoulent sont ordinairement dégluties pendant le jour ; pendant la nuit, elles peuvent s'accumuler dans le larynx, l'encombrer à la façon d'un corps étranger et provoquer des accès de stridulisme par irritation directe de la glotte.

L'enfant tousse facilement, surtout la nuit. C'est une toux grasse, quinteuse, revenant par accès, liée uniquement au catarrhe rhino-pharyngien qui accompagne si souvent l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

« Elle peut éclater à tout moment de la journée, toutes les fois que les mucosités sont assez abondantes pour provoquer un reflexe pharyngien ou laryngien. Aussi fréquemment, s'exaspère-t-elle pendant la nuit, par suite de la position déclive qui facilite le glissement des mucosités vers le pharynx et le larynx. Si l'enfant ne tousse pas en dormant, il aura à son réveil une quinte plus marquée ; et cette quinte se prolongera jusqu'à ce qu'il ait débarrassé son pharynx des sécrétions qui s'y sont accumulées pendant le sommeil » [1].

Cette toux, rebelle à tous les traitements institués dans de pareils cas, inquiète les parents chez qui elle fait naître la crainte injustifiée de phtisie, crainte parfois partagée par les praticiens qui en méconnaissent la cause.

[1] Cuvillier. — *L. c.*



FORME AURICULAIRE

Cette forme est extrêmement fréquente. Sur 594 enfants adénoïdiens observés par Teterviatnikow, le tiers, c'est-à-dire 198 ont été atteints des troubles de l'audition. D'autres auteurs ont donné des chiffres bien plus élevés. Brindel, 45, 3 p. 100, Holbeis, 57 p. 100, Lœvenberg, Killian, Meyer, 75 p. 100.

Dans environ 70 p. 100 des cas d'enfants porteurs d'affections auriculaires : catarrhales ou purulentes, Gradenigo trouva de l'hypertrophie de la tonsille pharyngée.

Woakes affirme que c'est à peine si 5 p. 100 des sujets affectés de tumeurs adénoïdes échappaient aux complications auriculaires.

Dans nos cliniques à Angers et à Paris, de même que dans notre clientèle privée, nous avons pu aussi constater l'extrême fréquence des troubles auditifs chez les enfants porteurs de végétations adenoïdes.

On peut dire que presque toutes les affections de l'oreille moyenne chez l'enfant reconnaissent pour cause l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

C'est presque toujours, d'ailleurs, pour des douleurs auriculaires ou pour un commencement de surdité qu'ils ont remarqué chez leur enfant que les parents se décident à l'amener chez le médecin.

De même que les troubles respiratoires, l'écoulement d'oreille attire peu leur attention. Du reste, c'est là une affection de famille, dit la mère, qui disparaitra, elle le sait, lorsque l'organisme aura atteint son complet développement. Depuis qu'on lui a expliqué que l'écoulement d'oreille doit être respecté comme un émonctoire salutaire, elle est tranquille. Elle ne laisse cependant pas son enfant sans soins : tous les jours elle lui injecte dans l'oreille : tantôt de l'huile d'amandes douces, tantôt de l'eau de guimauve, sans parler des bains de pieds sinapisés et des purgatifs.

L'ignorance et la négligence du public dans cette matière — dit William Asler — est extrême ; mais les médecins sont également blâmables de ces négligences et un grand nombre

d'entre eux n'ont pas, en ce qui concerne les végétations adénoïdes et leurs conséquences parfois funestes, de notions plus exactes que le public lui-même ([1]).

La muqueuse de l'oreille faisant suite à celle de la trompe d'Eustache, laquelle n'est en somme qu'un diverticulum du naso-pharynx, l'influence exercée par les végétations sur l'oreille moyenne s'exerce de deux façons différentes :

1° En entretenant dans le pharynx une irritation qui se propage à l'oreille moyenne ;

2° En obstruant mécaniquement l'orifice de la trompe.

L'action de l'inflammation naso-pharyngienne, qu'elle se manifeste par l'extension directe de l'inflammation se propageant de proche en proche dans la caisse, ou bien qu'elle conduise à l'obstruction de la trompe en tuméfiant les tissus, est un fait bien connu dans la pathologie auriculaire. Les exacerbations du processus inflammatoires expliquent les oscillations des troubles auriculaires et de l'acuité auditive.

L'obstruction mécanique de la trompe par les tumeurs elles-mêmes est aussi très fréquente, mais que pour qu'elle se produise, il n'est pas nécessaire que la masse du tissu remplisse la cavité naso-pharyngienne, c'est-à-dire qu'elle soit considérable. Une quantité même minime de tissu adénoïde recouvrant l'orifice cartilagineux de la trompe ou siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse du conduit est amplement suffisante pour être la cause des accidents, surtout si elle devient le siége d'une poussée inflammatoire.

L'obstruction de la trompe d'Eustache, en produisant la raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne et la rétraction de la membrane du tympan, devient cause de l'altération de l'ouïe et de bourdonnements.

Un autre effet de la raréfaction de l'air, serait, d'après Hevitt, l'hypérémie de la muqueuse de la caisse et de la trompe, d'où résulte une hypersécrétion, une inflammation catarrhale, aboutissant à l'adhérence des osselets avec les parois de la caisse et à l'ankylose des osselets.

L'obstruction de la trompe résulterait surtout, d'après cet

([1]) *Méd. record.*, 21 mars 1898.

auteur, de l'obstacle apporté par les végétations adénoïdes à l'action du tenseur et du releveur du voile du palais, de la parésie du palais mou et de l'empêchement mécanique de la contraction musculaire.

Généralement on observe la bilatéralité de la lésion, avec des alternatives d'amélioration et de rechutes, quelquefois perforation du tympan.

Quand cet état a duré un certain temps, les lésions s'accentuent et s'affermissent. Le tympan s'épaissit, devient fibreux, contracte des adhérences qui l'immobilisent; la surdité devient considérable.

Souvent aussi l'inflammation est plus intense; l'otite moyenne devient purulente, le tympan se perfore et une suppuration interminable de l'oreille s'établit, avec toutes les conséquences du côté de l'apophyse mastoïde, des tissus, des méninges et du cerveau.

Si les accidents du côté de l'oreille moyenne sont bilatéraux et arrivent pendant la première enfance, on comprendra aisément que le sujet ne puisse apprendre à parler et qu'il devienne un sourd-muet à brève échéance, si un traitement approprié n'est pas venu enrayer les lésions et les accidents.

La recherche des végétations adénoïdes, dans tous les cas où l'on constate une affection auriculaire, s'impose donc à tout médecin comme une nécessité, comme une règle absolue, pour découvrir la cause derrière l'effet.

FORME NERVEUSE

Les troubles nerveux occasionnés par les végétations adénoïdes chez les enfants se traduisent souvent par des symptômes inquiétants, peu communs, capables d'induire le praticien en erreur et de mettre sa sagacité à une rude épreuve.

Certains de ces troubles, comme nous l'avons déjà vu, s'expliquent par un début d'asphyxie, d'autres sont dus à une action réflexe.

Nous nous arrêterons sur les plus importants.

Aprosexie. — En 1887, Guye (d'Amsterdam) a décrit sous le nom « d'aprosexie » l'ensemble des désordres cérébraux consécutifs à la gêne de la respiration nasale.

Ces désordres, d'après cet auteur, revêtent les manifestations suivantes :

1° Difficulté à acquérir et à assimiler de nouvelles notions, surtout si elles sont abstraites ;

2° Défaut de mémoire ;

3° Difficulté à fixer l'attention (aprosexie proprement dite).

La gêne de la respiration nasale qui les provoque est toujours liée elle-même à la présence de végétations adénoïdes seules ou coexistant avec une autre affection nasale.

Tous les cas de végétations adénoïdes ne s'accompagnent pas d'aprosexie : *un tiers* environ en est exempt [1].

Deux causes, l'une d'ordre physiologique, l'autre d'ordre psychologique, tiendraient sous leur dépendance les phénomènes d'aprosexie.

La première a été énoncée par Guye ; la deuxième, par Walker Downie.

En se basant sur les recherches de Schwalbe, Axel, Key et Retzius, démontrant la communication de l'espace sous-arachnoïdien avec les lymphatiques de la pituitaire, le premier de ces auteurs croit que l'aprosexie est due à l'écoulement défectueux de la lymphe, par les villosités ou par les veines, ayant pour conséquence la rétention des déchets de l'échange chimique dans le cerveau, d'où obstacle à cet échange lui-même et inhibition cérébrale consécutive.

L'explication psychologique de l'aprosexie donnée par Walker Downie [2] est basée sur ce fait que l'attention, surtout l'attention volontaire, étant un acte d'inhibition, est toujours accompagnée d'une sensation d'effort. Or, l'effort, au point de vue psychologique, demande en outre une fermeture de la glotte avec arrêt momentané de la respiration. Chez les enfants, atteints de l'hypertrophie amygdalienne, qui respirent

[1] Guye (d'Amsterdam). *De l'Aprosexie nasale. Aperçu critique. La Parole.* Sept. 1900, n° 51.

[2] Walker Downie, *Aprosexie. — Glascow Méd. Journ.*, janvier 1896, et *Revue de Maure*, n° 9, 1897.

déjà assez mal et qui n'ont pas la réserve d'air dans leur appareil respiratoire, une cessation, même momentanée de la respiration, ne se fera que difficilement.

Ces enfants ne sont donc pas capables d'effort et, par conséquent, d'attention volontaire.

Quelques auteurs (Karutz, Teterviatnikow, etc., dans le but de vérifier les observations de Guye et de Walker Downie sur l'aprosexie, avaient procédé à l'examen des élèves dans les écoles, au point de vue de leur développement intellectuel et de leur progrès dans les études en rapport avec la perméabilité plus ou moins grande des voies respiratoires supérieures. Dans la plupart des cas, on a pu constater que les bons élèves respiraient par le nez, avaient la bouche fermée et n'étaient point atteints de végétations adénoïdes. Par contre, le plus grand nombre des mauvais élèves ne pouvaient pas respirer librement par le nez, avaient la bouche toujours ouverte, surtout la nuit, et ils étaient atteints d'une affection quelconque du côté du nez, du naso-pharynx et de l'oreille [1].

Teterviatnikow rapporte plusieurs cas de végétations adénoïdes, opérés par lui et où l'affection se traduisait par changement d'humeur, paresse intellectuelle, irritabilité nerveuse, incontinence nocturne d'urine, œdème des membres inférieurs, etc. L'heureuse influence de l'opération s'est manifestée avec une rapidité étonnante et, en peu de temps, on a pu constater un changement complet dans l'état psychique et somatique des enfants [2].

Le cadre de cette étude ne nous permet pas de relater ici les quelques cas intéressants d'aprosexie qui se sont offerts à notre observation, ni citer les nombreux faits qu'on trouve dans la littérature et où l'intervention radicale a été suivie d'une amélioration notable dans la santé de l'enfant, ou même d'une guérison complète.

Nous ferons cependant exception pour le cas observé par

[1] Teterviatnikow. — De la fréquence des végétations adénoïdes, de leurs rapports avec les affections otitiques et de l'aprosexie chez les écoliers. *Meditz. Obozzrenié* et *Revue de Laryng.*, etc., nº 43, 1900.

[2] Teterviatnikow. — *L. c.*

le Dr Thomas et communiqué par lui en 1898 au Congrès de Pédiatrie, cas caractéristique et intéressant à plus d'un titre.

Un jour, M. X..., commandant un bateau d'une Compagnie de Marseille, présenta à l'auteur son fils âgé de dix ans, et lui raconta qu'à l'âge de vingt-deux mois cet enfant avait eu une méningite, qui laissa comme suite :

1° Une otorrhée double;

2° Un strabisme divergent plus ou moins accentué;

3° Une semi-idiotie : l'enfant prononçait très difficilement son prénom Denis, ne savait non seulement ni lire les lettres de l'alphabet, ni compter, mais quand on lui montrait un ou plusieurs doigts, il prononçait péniblement un mot se rapprochant de main.

Le père aurait demandé de tous côtés des conseils, et toujours on lui aurait répondu : « Tout cela disparaîtra en grandissant »

A l'examen, l'auteur constata des végétations adénoïdes énormes, une otite moyenne fougueuse à droite avec du pus infect, une otite moyenne suppurée simple à gauche avec large perforation médiane du tympan ; en outre, du strabisme divergent à droite.

La méningite dont l'enfant aurait été atteint à l'âge de de vingt-deux mois était une adénoïdite aiguë. Ne prévoyant aucune corrélation entre un strabisme divergent plus ou moins prononcé, plus ou moins intermittent et des végétations adénoïdes, l'auteur ne pratiqua aucun examen ophtalmoscopique, même au point de vue de la vision.

Le double curettage du naso pharynx et de l'oreille a donné les meilleurs résultats : physionomie intelligente, facilité de langage, cessation de la suppuration et, au grand étonnement de l'auteur, disparition du strabisme.

Lorsque, trois mois après, l'auteur a eu l'occasion de revoir l'enfant, l'audition était bonne, le développement physique remarquable, le développement intellectuel satisfaisant, sauf pour la mémoire; la guérison du strabisme se maintenait.

Il s'agissait certainement, dans ce cas, de la suppression d'un acte reflexe attribuable à la présence des végétations adénoïdes.

Epilepsie. — Quelques auteurs (Quesse, Brindel, Lennox-Brown, Collier, Dundas Grant, etc.) ont signalé la corrélation qui peut exister entre l'épilepsie et les végétations adénoïdes.

Quesse aurait observé cette corrélation assez fréquemment. D'après cet auteur, les attaques d'épilepsie chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes paraît avoir pour cause l'irritation des nerfs vaso-moteurs, qui provoque à son tour une hypérémie dans une région localisée de l'écorce cérébrale [1].

La question des relations des végétations adénoïdes avec l'épilepsie a été discutée en 1901 à l'Association Britannique de laryngologie, rhinologie et otologie.

Il résulte de cette discussion : qu'on doit considérer comme un fait indiscutable, que certains cas d'épilepsie proviennent et sont aggravés par l'état du nez et du naso-pharynx, que ces cas ne s'améliorent généralement pas, parce qu'ils sont peu connus et que la majorité des médecins ne suspectent même pas cette source d'irritation (Collier), et que l'ablation des végétations adénoïdes est utile dans bien d'autres formes de troubles de l'équilibre cérébral qui doivent être attribués à une irritation périphérique, occasionnée par les adénoïdes, et qui sont surtout caractérisés par des accès plus ou moins convulsifs et paroxystiques de colère et de violence. (Lennox-Brown).

Dundas Grant et Lennox-Brown ont signalé encore un autre point d'un intérêt capital au point de vue pratique. Tandis que de fortes doses de bromure restent sans aucun effet avant l'ablation des tumeurs adénoïdes, le même médicament administré après, voire à petites doses — les observations ultérieures en font foi — exerce une action bienfaisante et aide à la disparition complète de l'irritation périphérique.

Thomson [2] rapporte l'histoire de deux frères, porteurs de tumeurs adénoïdes, morts de convulsions ; un troisième frère, atteint également de végétations adénoïdes, fut pris de convulsions qui cessèrent après une première intervention, reparurent en même temps qu'il se produisait une récidive de l'hy-

(1) Quesse. — Aerztliche Praktiker, juillet 1896.
(2) Thomson. — *The Cincinnati Loncet Clinic*, 27 février 1892.

pertrophie de l'amygdale pharyngée, insuffisamment curetée, et enfin disparurent complètement après une seconde intervention.

Delavan ([1]) et Chaumier ([2]) ont cherché à établir une relation de cause à effet entre les végétations adénoïdes et le développement de la chorée et de l'hystérie.

Un certain nombre d'observations sont venues à l'appui de cette opinion.

Pour notre part, en ce qui concerne l'épilepsie, tout en partageant l'opinion des éminents confrères cités plus haut sur les relations des végétations adénoïdes avec cette affection, nous croyons devoir ajouter, en nous basant sur notre expérience, que dans la majorité des cas d'épilepsie attribuable aux végétations adénoïdes, celles-ci n'interviennent que comme cause occasionnelle; la cause déterminante étant due à une affection auriculaire consécutive aux dites végétations abandonnées à elles-mêmes.

Céphalalgie. — La céphalalgie avec sensation de lourdeur au niveau de la partie médiane et supérieure du front, rebelle à tout traitement, déjà signalée par Meyer, s'observe très fréquemment chez les enfants porteurs des tumeurs adénoïdes. Elle ne disparaît généralement qu'après l'ablation de ces tumeurs et la cautérisation de la muqueuse nasale hypertrophiée secondairement.

Menière ([3]) a observé un cas de céphalalgie quotidienne *datant de deux ans* et rebelle à tous les traitements usités dans de pareils cas, guérie complètement après l'ablation des adénoïdes.

Nous avons également eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de céphalalgies persistantes et rebelles chez des enfants et chez des adultes atteints des végétations adénoïdes et de l'hypertrpohie de la muqueuse nasale. Nous pensons avec Ruault que ces céphalalgies sont d'origine nasale, car, de même que Ménière, pour obtenir la disparition complète des douleurs, dans les cas où la muqueuse nasale ne se

([1]) Delavan. — 40e Meeting annuel de l'Assoc. méd. Amér., 8 mars 1890.
([2]) Chaumier. — *Etudes de clin. infantile,* Tours 1895.
([3]) *Soc. Franç. d'otol. et laryng.* Avril 1888.

dégorgeait pas spontanément après l'ablation des végétations, nous avons été obligés ultérieurement soit de la cautériser au galvano-cautère, soit de l'enlever à la pince.

Asthme. — Le plus souvent, l'asthme infantile se rattache à une affection constitutionnelle, à une diathèse (arthritisme, goutte, gravelle, diabète, lithiase, etc.); mais à côté de cet asthme essentiel, asthme vrai « dont l'origine héréditaire est indéniable et qui peut se présenter chez des enfants bien constitués, sans stigmates apparents, sans vice de conformation organique » (1), il existe des manifestations asthmatiques simulant l'asthme (asthme symptomatique) et provoquées par un acte reflexe dont le point de départ peut se trouver au niveau des régions les plus diverses.

Parmi les nombreuses causes de l'asthme symptomatique qu'on a signalées, les végétations adénoïdes jouent un rôle important.

L'asthme, coïncidant avec l'hypertrophie des amygdales palatines et disparaissant après leur ablation, a été signalé pour la première fois par Schmidt en 1877 et ensuite par Parker en 1879.

Dans une observation de Rendu, citée par Ruault, un enfant de huit ans fut atteint, à la suite d'une rougeole, de véritables accès d'asthme et de bronchites répétées à caractères spasmodiques et même d'hypertrophie des amygdales palatines.

Le traitement médical dirigé contre l'asthme n'eut aucune efficacité. Mais l'ablation des amygdales fit cesser les accidents nerveux comme par enchantement, ce qui prouverait que l'asthme était bien d'origine amygdalienne (2).

De même que l'asthme d'origine amygdalienne cède à l'ablation des amygdales, l'asthme d'origine adénoïdienne, suivrait, d'après Dutauziet (3), l'évolution des végétations et disparaîtrait avec elles. Un garçon de douze ans entre dans le service du professeur Grancher pour une dyspnée asthmatiforme : on lui découvre des végétations adénoïdes, on les lui enlève et il quitte l'hôpital complètement guéri.

Différentes théories ont été émises pour expliquer l'in-

(1) Comby. — *Traité des maladies de l'enfance*, T. II, p. 21.
(2) Ruault, cité par Balme. — *L. c.*
(3) Dutauziet. — *L. c.*

fluence des végétations adénoïdes sur la production de la dyspnée réflexe qui constitue l'asthme.

Pour les uns, les accès asthmatiformes seraient dûs à l'irritation de la muqueuse naso-pharyngienne par les sécrétions des tumeurs adénoïdiennes inflammées; pour les autres, notamment pour Lepoutre (1), le point de départ du réflexe réside dans l'obstruction nasale due à la présence des végétations adénoïdes dans le naso-pharynx. L'insuffisance d'hématose qui en résulte oblige le sujet à des efforts respiratoires plus précipités et plus fréquents et détermine chez lui un ébranlement nerveux toujours prêt à entrer en action.

Les études cliniques de Voltané, Frankel, Joal, Duplay montrant les relations qui existent entre certains cas d'asthme et les tumeurs du nez, corroborent d'une façon indirecte l'opinion de l'auteur que nous venons de citer.

Spasme glottique et laryngite striduleuse. — Duplaix, Ruault, Moure, Coupard, Ragoneau, etc., ont attiré l'attention sur certains accès de spasme glottique et de laryngite striduleuse, dus à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée : « Tous les enfants, dit Duplaix, n'ont pas nécessairement du spasme glottique; mais en revanche, on peut dire que tous les accès de laryngite striduleuse sont causés par l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. Les accès de stridulisme peuvent se produire alors même qu'il n'y a aucun signe de catarrhe du larynx; à plus forte raison, ces accès se développent-ils s'il y a laryngite, et c'est alors qu'ils apparaissent dans toute leur intensité.

Ainsi se produit le « faux croup (2) ».

Coupard (3) et Ragoneau (4) ont de même insisté sur les relations qui existent entre les tumeurs adénoïdes et les laryngites striduleuses.

D'après ce dernier, une simple laryngite catarrhale prend chez les enfants un caractère spasmodique par suite de l'existence de végétations adénoïdes ou d'une rhinite hypertrophique

(1) Lepoutre. — *Thèse de Lille*, 1891.
(2) Duplaix. — *Gaz. des Hôp.*, 1892, p. 129.
(3) Coupard. — *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*, 1890.
(4) Ragoneau. — *Thèse de Paris*, 1890.

qu'elle qu'en soit la cause. Beaucoup de cas rangés sous le nom de laryngites striduleuses, se rapporteraient à des accès nocturnes de suffocation, symptomatique de la présence de végétations.

Pour Ruault, la muqueuse nasale serait le point de départ des réflexes qui produisent ces phénomènes.

Ceux-ci apparaîtraient à propos d'une poussée inflammatoire du côté de la pituitaire, les végétations adénoïdes entretenant une sorte d'état de tuméfaction œdémateuse et déterminant une sensibilité toute particulière [1].

Incontinence nocturne d'urine. — La vraie cause déterminante de cette affection est parfois la présence des végétations adénoïdes. Le fait que dans certains cas on a observé la guérison complète de l'énurèse après l'ablation des végétations, alors que tous les autres traitements étaient restés sans résultat, parle en faveur de cette assertion.

Fischer, dans son travail : « Des végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause de l'énurèse », confirme l'existence des relations, encore peu connues, qui existent entre l'incontinence d'urine et les végétations adénoïdes.

Les investigations de cet auteur ont porté sur un total de 716 malades opérées pour végétations adénoïdes, tant dans la clientèle privée (100 cas) que dans le service (316 cas) du professeur Mygind. Sur ce total, 106, soit 15,01 0/0, présentaient de l'énurèse au moment du râclage de leurs végétations, et parmi eux 71 ont pu être suivis. Or, l'incontinence d'urine, nocturne ou diurne, a complètement disparu chez 43, s'est améliorée chez 23 et a persisté chez les 5 restants.

Sur les 400 malades appartenant à la clientèle de M. Mygind, il n'y avait que 31 enfants (7,75 0/0) atteints d'énurése, tandis que les 316 autres, observés à l'hôpital, comprenaient 75 enfants (23,73 0/0) présentant la même infirmité. Il semble donc, que l'infériorité sociale, agissant probablement comme cause de misère physiologique, soit un important facteur étiologique.

Les chiffres qui précèdent suffisent à eux seuls à montrer le rôle que jouent les végétations adénoïdes dans l'étiologie de l'incontinence d'urine. L'auteur attribue ce rôle à la gêne res-

[1] Ruault. — Cité par Magnus. *Thèse de Paris*, 1898.

piratoire éprouvée par les petits malades pendant leur sommeil, et aux cauchemars qui en sont probablement la conséquence. On sait, en effet, l'influence des émotions morales sur la sécrétion rénale et sur la miction. Les insuccès opératoires confirment, d'ailleurs, cette hypothèse : abstraction faite de 3 idiots, l'intervention echoua chez 2 enfants ; or, ceux-ci étaient atteints de rhinite hypertrophique et l'obstacle au passage de l'air ne fut naturellement pas supprimé par le râclage des végétations adénoïdes. D'autre part, 4 petits malades eurent une récidive de l'énurése, mais cette rechute fut contemporaine d'une récidive des végétations, et une nouvelle opération les fit disparaître toutes deux une seconde fois. L'auteur a, en outre, observé un enfant qui, avant d'être opéré, ne présentait pas d'incontinence et qui en fut atteint aussitôt après l'intervention ; cette énurése post-opératoire était simplement due à la gêne respiratoire provoquée par la tuméfaction traumatique de la muqueuse naso-pharyngienne, car elle disparut au bout de quelques jours. Il est enfin à remarquer que, sauf deux exceptions, l'incontinence ne se rencontre que chez des malades porteurs d'assez grosses végétations.

Quelle conclusion devons-nous tirer des faits qui précédent ?

Comme le dit avec juste raison Brindel, « il serait absurde d'affirmer que toutes les attaques épileptiformes, toutes les incontinences d'urine, toutes les céphalées sont curables par l'ablation des végétations adénoïdes, mais ce qu'on peut signaler, c'est que certaines céphalées gravatives, certaines incontinences d'urine, certaines attaques épileptiformes peuvent être guéries par le rétablissement de la perméabilité des fosses nasales et qu'on devra s'assurer chez les porteurs de cette affection, de l'état de l'arrière-nez. »

FORME MIXTE

Dans un grand nombre de cas, les divers troubles symptomatiques des végétations adénoïdes sont associés. On se trouve alors en présence de la forme mixte.

SYMPTOMES CHEZ L'ADULTE

La symptomatologie de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée chez l'adulte est un peu différente de celle que l'on observe chez l'enfant.

Les signes cliniques si caractéristiques, qui permettent souvent de diagnostiquer à distance les végétations chez l'enfant, peuvent être considérablement atténués ou manquer totalement chez l'adulte.

L'attention du médecin peut être détournée par des symptômes ne paraissant avoir aucun rapport avec la présence des végétations, et la véritable cause des troubles constatés peut ainsi échapper, si elle n'est pas recherchée d'une façon méthodique et de *parti pris*.

La connaissance de cette symptomatologie un peu spéciale est donc très utile, nécessaire même, car elle permet d'éviter une erreur de diagnostic qui peut en entraîner une autre plus grande, celle de thérapeutique.

Pour Raulin, qui l'un des premiers a attiré l'attention sur la fréquence relative de cette affection chez les adultes, les deux symptômes (quelquefois les seuls) révélateurs des végétations adénoïdes chez les adultes sont : le catarrhe naso-pharyngien et la surdité. Quant aux troubles respiratoires, si intenses chez les enfants et qui dominent chez eux le tableau clinique, ils ont peu d'importance chez l'adulte ou n'existent pas du tout par suite de la régression des tumeurs et le développement de l'espace rétro-nasal.

Il est cependant des cas où le malade vient consulter pour l'obstruction nasale; mais cette obstruction « n'est pas due à l'oblitération des choanes par l'hypertrophie du tissu adénoïde médian. Elle s'explique par un certain degré de sténose des cavités nasales proprement dites, occasionnée par le gonflement et l'augmentation de volume de la membrane de Schneider. Il s'agit là d'une rhinite pseudo-hypertrophique beaucoup plus marquée sur les cornets inférieurs; cet état est occasionné par la congestion passive du tissu caverneux due à des

troubles circulatoires engendrés par la présence dé l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne; on serait tenté de prendre cet état pour de la rhinite hypertrophique vraie, sauf l'aspect pâle, d'autant plus volontiers que ces deux affections, végétations adénoïdes et rhinite hypertrophique, sont l'apanage du même tempérament lymphatique (1).

Brindel, qui a eu l'occasion d'observer dans le service du Dr Moure. de Bordeaux, un grand nombre d'adultes porteurs de végétations adénoïdes, insiste surtout sur les troubles auditifs :

« Les accidents les plus fréquents sont de deux sortes : ou bien on se trouve en face d'une suppuration de l'oreille plus ou moins ancienne qui résiste à tous les traitements, jusqu'au jour où la cause primordiale disparaît, ou bien on assiste à des poussées d'otite catarrhale, exsudative ou non, qui permettent immédiatement de soupçonner les végétations.

.. A bien considérer ces derniers (il s'agit de personnes qui ont dejà dépassé la trentaine), il existe des signes extérieurs qui donnent à ces adénoïdiens un aspect particulier, un faciès à part.

On se trouve généralement en présence de malades plantureux, dont les téguments sont chargés de tissu adipeux mou, qui donne à la physionomie un aspect bouffi. La face de ces adénoïdiens ressemble un peu, à la coloration prés, à celle des cardiaques en période d'hyposystolie. Le teint est plutôt pâle, rappelant celui du brightique. Qu'on joigne à cela un air hébété qui trahit une surdité ancienne ou une respiration habituellement buccale, et on aura une idée générale du vieil adénoïdien.

Le nez, chez ces malades, paraît moins effilé, toutes proportions gardées, que chez les adénoïdiens de quatre à dix ans. Les pommettes se sont assez développées, moins cependant que chez les personnes respirant librement par les fosses nasales. Toutefois, ce qui masque la déformation du squelette de la face, c'est sa bouffissure.

Les lèvres sont épaisses et flasques, la lèvre supérieure un

(1) Raulin. — Des tumeurs adénoïdes chez l'adulte. *Revue de Moure*, 1890, n° 13.

peu trop courte pour recouvrir l'arcade dentaire correspondante. Mais ce qui attire le plus l'attention, c'est le manque d'expression de la physionomie, le peu de mobilité des traits, l'aspect inintelligent, en un mot, de cette catégorie de personnes.

Il est permis de penser que chez elles l'hématose se fait mal, les combustions sont ralenties par manque d'oxygène dans l'organisme, ce qui explique cette tendance à l'adipose qu'on retrouve là comme chez les anciens emphysémateux » [1].

Hellat, dont les observations portent sur un nombre assez considérable d'adultes atteints de végétations adénoïdes, a essayé d'établir une symptomalogie plus ou moins systématique de cette affection chez ces derniers.

D'après cet auteur, tous les malades accusent, soit des sensations anormales subjectives et plus ou moins vagues, soit des troubles réels qui peuvent être constatés par le médecin. Les troubles neurasthéniques occupent cependant le premier rang : maux de tête, apathie, affaiblissement de la mémoire, troubles respiratoires, altérations du goût et de l'odorat, sans autres modifications pathologiques que l'hypertrophie du tissu adénoïde.

En second lieu, on peut constater des troubles considérables du côté des oreilles, du nez, du naso-pharynx et du larynx. Dans ce dernier cas, les malades sont atteints, soit de surdité, de douleurs et d'inflammation des oreilles, soit de coryza, d'obstruction nasale, d'épistaxis, de sécrétion muqueuse, de troubles de la voix, de toux, etc.

Il existerait enfin des cas où certaines manifestations éloignées, telles qu'un eczéma général, des sueurs plantaires, des douleurs survenant sur différentes parties du corps, semblent être en rapport avec les végétations adénoïdes [2].

On voit de ce qui précède, qu'à côté des malades rappelant, à très peu de choses près, le type des adénoïdiens infantiles à forme respiratoire, on en rencontre un grand nombre d'autres,

(1) Brindel. — A propos de 618 cas de végétations adénoïdes opérées dans le service du Dr Moure. *Rev. de laryng.*, 1897, nº 15, p. 427 et 429.

(2) Hellat. — *St-Pétersb. Méd. Wochens.* nos 25 et 26, 1898 et *Rev. de Laryng.*, 1898, nº 12.

et nos observations personnelles nous portent à croire que c'est la grande majorité, où les troubles constatés ne semblent pas se rattacher directement à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. On peut assister alors à des manifestations extrêmement variables, souvent inattendues et capables d'induire le praticien en erreur en ce qui concerne la nature et le siège de la lésion.

Ainsi, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades atteints de véritables manies, ou obsédés par l'idée de la gravité de leur affection qu'ils localisaient : tantôt dans le cerveau, tantôt dans les bronches et les poumons, tantôt dans un autre organe essentiel.

Ces malades étaient d'autant plus tourmentés et désespérés que leur affection résistait à tous les traitements et que le médecin traitant, à qui l'étiologie de tous ces troubles échappait, partageait leur manière de voir.

L'intervention radicale a presque toujours eu raison de ces troubles qui disparaissaient souvent comme par enchantement.

De même que chez l'enfant, les végétations adénoïdes chez l'adulte peuvent subir, sous l'influence de différentes causes, des poussées inflammatoires.

« Ces poussées inflammatoires sont presque toujours accompagnées de phénomènes fébriles et d'une sécrétion couleur de safran, qui tient à la présence, dans cette sécrétion, de filets de sang; elle ressemble alors aux crachats de la pneumonie. Les mucosités descendent dans le larynx et dans la trachée, d'où elles sont expulsées par des efforts de toux, et lorsqu'il existe en même temps une bronchite aiguë, on se trouve en présence d'un tableau qui ressemble presque à celui de la pneumonie, comme l'avait déjà fait remarquer Von Tröltsch. Il suffit de songer à la possibilité d'une adénoïdite aiguë pour éviter l'erreur » (¹).

Jankelevitch (de Bourges) rapporte, à ce propos, une observation extrêmement intéressante qui montre à quel point il est facile de se tromper dans certains cas où les poussées aiguës d'adénoïdite présentent des symptômes qui, à première

(¹) JANKELEVITCH. — *Revue de laryng.*, 1899, n° 30.

vue, n'ont rien de commun avec une affection de l'amygdale pharyngée et qui peuvent facilement être attribués à une affection pulmonaire ou laryngée grave.

Il s'agit d'un homme âgé de vingt-neuf ans, qui vient consulter l'auteur pour une affection de la gorge qu'il considère lui-même comme étant de nature très sérieuse. Il avait déjà vu plusieurs médecins qui, à en juger par leurs ordonnances, avaient probablement cru se trouver en présence d'une tuberculose au début. Cette hypothèse a paru jurer un peu à l'auteur avec l'aspect plutôt robuste du malade. Et cependant la marche et l'évolution des symptômes pouvaient rendre cette hypothèse au moins vraisemblable.

Depuis un an, en effet, le malade présentait de temps en temps des expectorations sanguines très abondantes, une toux persistante et, depuis quelques mois, un enrouement de la voix qui allait en s'aggravant de plus en plus. Au moment où il est venu consulter l'auteur, sa voix était presque aphone. La dernière hémorrhagie, encore plus abondante et plus inquiétante que les autres, est survenue au commencement de juin.

A l'examen, rien d'anormal dans les organes thoraciques. Mais l'examen du larynx lui révèle une chose à laquelle il s'attendait le moins Toute l'entrée de cet organe est tapissée de croûtes assez dures, noirâtres, qui entourent complètement les cordes vocales au point de les rendre invisibles. L'haleine est fétide, la paroi postérieure du pharynx est recouverte de mucosités gris-verdâtres qui semblent provenir de la voûte du pharynx. Le malade mouche beaucoup et des matières ayant une odeur assez forte. L'examen rhinoscopique postérieur n'étant pas possible à cause de la grande susceptibilité du malade, l'auteur pratique l'examen digital et trouve une masse adénoïdienne énorme, friable, tapissant la paroi postérieure et une partie de la voûte du pharynx. Ablation des adénoïdes, suivie d'une guérison complète. Depuis le jour de l'opération, le malade avait presque cessé de tousser et de cracher (1).

D'après Moure, qui a fait des adénoïdites chez les adultes une étude spéciale, ce qui domine la scène, c'est l'aggravation

(1) Jankelevitch. — *L. c.*

de la gêne respiratoire, s'il en existait déjà auparavant, ou son apparition, si cette dernière était fort peu marquée. Le malade éprouve un enchifrènement tout à fait spécial, qui fait croire à l'existence d'un simple coryza. Les autres symptômes sont : l'empâtement de la voix, les bourdonnements, très souvent accompagnés d'une surdité plus ou moins prononcée et parfois intermittente. Dans certains cas, on peut observer des signes de catarrhe naso-pharyngien aigu : la sécrétion muco-purulente s'écoule du naso-pharynx jusque dans l'arrière-gorge et provoque, surtout le matin, des mouvements d'expuition allant parfois jusqu'à l'effort de vomissement.

Nous voyons, en résumé, que les troubles occasionnés par les végétations adénoïdes, chez les adultes, ne sont pas moins importants que ceux que l'on observe chez les enfants et, de même que chez ces derniers, la négligence peut devenir cause de longues souffrances et de lésions souvent irréparables.

SYMPTOMES CHEZ LE NOURRISSON

De même que chez l'adulte, l'hypertrophie de la troisième amygdale est loin d'être rare chez les nourrissons ; elle peut même s'observer dès la première semaine de la vie.

La symptomatologie des végétations à cet âge revêt une forme spéciale, en rapport avec l'importance des fonctions qu'elles troublent.

Les troubles de la respiration et de l'alimentation dominent la scène et tiennent sous leur dépendance tous les autre symptômes.

Même en dehors de toute complication aiguë, ces troubles peuvent compromettre gravement la nutrition générale et amener à bref délai le dépérissement du petit malade : la cachexie adénoïdienne.

Si la respiration nasale, la respiration physiologique est nécessaire à l'enfant du second âge et à l'adulte, elle est absolument indispensable au nourrisson, ce dernier ne sachant pas

respirer par la bouche et ayant besoin d'un long apprentissage pour y parvenir.

« Normalement, pendant son sommeil, l'enfant respire uniquement par le nez. La bouche est maintenue close sans effort musculaire, par suite de la différence de tension entre la pression atmosphérique et le vide buccal (Donders). La langue s'accole au palais, et s'applique, par ses côtés, sur toute la surface interne de la mâchoire supérieure. Elle garde cette position si le nourrisson ouvre la bouche pendant son sommeil, de sorte que, dans ce cas encore, celui ci respire par le nez (Hausell) [1]. »

Il résulte de ce qui précède que l'obstruction nasale chez le nouveau-né doit atteindre son maximum d'intensité et de gravité. C'est ce qui arrive, en effet (Küssmaul, Billard). « L'imperméabilité du nez devient rapidement absolue à cet âge. Car les orifices des narines sont alors petits; le segment inférieur maxillaire des fosses nasales est à peine développé, et l'air ne peut passer que par le segment supérieur, ethmoïdal, nécessairement étroit; les choanes ont leur diamètre vertical encore très réduits ; la cavité du pharynx nasal est peu développée et rétrécie par la saillie des muscles prévertebraux ; de plus, sa direction est verticale, faisant un axe droit avec l'axe des fosses nasales. En un mot, le nez du nourrisson est un étroit canal qu'un léger gonflement de la muqueuse suffit à combler, et où les courbures brusques facilitent l'accumulation des sécrétions [2]. »

L'imperméabilité du nez chez un nouveau-né peut donc avoir pour conséquences immédiates, l'asphyxie et l'inanition. On sait à quel point le pronostic du coryza, par suite de l'obstruction nasale qui en est la conséquence, est grave chez le nourrisson. Or, si dans le coryza cette obstruction n'est que passagère, elle devient permanente en cas de végétations adénoïdes.

Du reste, les fosses nasales du petit adénoïdien sont le siège d'un coryza opiniâtre. Les symptômes des deux affections se superposent et se confondent chez le nourrisson.

Etant obligé de respirer par la bouche, l'enfant, après s'être

[1] Traité des maladies de l'enfance, T. III, p. 749.
[2] L. c., p. 749.

jeté avidement sur le sein, est forcé de l'abandonner brusquement pour reprendre haleine.

Excité par la faim, il renouvelle vainement ses tentatives, « il se dresse en arrière, se contractant et ouvrant largement la bouche, pour aspirer l'air qui lui manque. Il avale de travers, se met à tousser et fréquemment vomit le peu de nourriture absorbée. L'alimentation est ainsi entravée ; et loin de grossir, le nourrisson, dont la croissance est restée quelque temps stationnaire, finit par perdre du poids et s'étiole de plus en plus : ainsi se réalise l'*atrepsie adénoïdienne*. Si l'on n'intervient pas à temps par un diagnostic habilement posé et une intervention opportune, la cachexie augmente de jour en jour : l'enfant meurt de faim » [1].

On voit qu'une respiration normale est encore plus indispensable chez l'enfant de quelques jours ou de quelque mois, que chez celui de quelques années, et que la crainte, le préjugé plutôt, qui empêche certains confrères d'intervenir, sous prétexte que l'enfant est trop jeune, peut avoir les plus désastreuses conséquences.

Ces conséquences seront d'autant plus funestes que l'enfant sera plus jeune.

Si, comme l'a dit François Franck, le nez est la véritable sentinelle de la respiration, on peut dire que chez le nourrisson atteint de végétations adénoïdes et d'obstruction nasale consécutive, cette sentinelle est frappée à mort.

[1] *Traité des maladies de l'enfance*, T. I, p. 467.

RAPPORTS DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

AVEC CERTAINES MALADIES INFECTIEUSES DE L'ENFANCE

Tous les auteurs qui parlent de l'hypertrophie de la troisième amygdale notent en passant, et sans y insister autrement, l'influence qu'exercent sur l'apparition et le développement de cette affection certaines maladies infectieuses de l'enfance à détermination naso-pharyngienne.

Quoiqu'il soit impossible d'établir d'une façon précise un rapport de causalité directe entre ces dernières maladies et les végétations adénoïdes (dans un certain nombre de cas, en effet, elles ne sont pas suivies d'apparition de végétations) on peut dire, cependant, en se basant sur de nombreuses observations, que l'état congestif et catarrhal des premières voies aériennes qui reconnaît pour causes les grands processus infectieux, constitue un élément de premier ordre dans la genèse des végétations adénoïdes.

On se trouve dans ces cas en présence du processus commun à toutes les infections secondaires : « les phagocytes occupés à repousser l'attaque principale ou fatigués par une lutte prolongée à la fin d'une maladie, ne suffisent pas complètement à leur tâche. Il en résulte que certains points, parmi lesquels le cavum pharyngé, sont particulièrement exposés par le fait même de leur situation à subir les périls d'une invasion. » (Helme.)

Mais si certaines maladies infectieuses laissent fréquemment à leur suite des végétations adénoïdes — et il sera toujours important, pour l'avenir de l'enfant, de songer à la possibilité de leur existence dans de pareils cas — il peut arriver aussi que *les végétations adénoïdes une fois constituées, jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie ou la pathogénie de ces mêmes maladies.*

DIPHTÉRIE

La part que les végétations adénoïdes déjà constituées, et dues aux nombreuses causes exposées dans un des chapitres prédédents, peuvent prendre dans l'étiologie, l'évolution et les complications de la diphtérie — une des maladies les plus fréquentes et les plus redoutables de l'enfance — a été exposée avec un luxe de détails dans un travail remarquable, et à notre connaissance, unique, communiqué en mai 1899 à la Société française de laryngologie par le Dr Albert Plottier (de Genève) [1].

Pour que l'amygdale pharyngienne hypertrophiée puisse être incriminée de servir de porte d'entrée à une affection quelconque, il est évident qu'il faut avant tout que les deux affections coexistent.

Or, il résulte des recherches d'Albert Plottier que les végétations adénoïdes et la diphtérie coïncident dans des proportions considérables.

Dans le but de rechercher les rapports pathologiques pouvant exister entre les végétations adénoïdes et certaines maladies infectieuses de l'enfance, cet auteur avait procédé à un examen minutieux du naso-phàrynx sur une série de 268 enfants décédés à l'hôpital des Enfants-Malades dans l'espace de quatre mois.

La statistique ci-dessous comporte une série de 53 enfants morts de diphtérie et se répartit de la façon suivante :

SEXE	AGE	MALADIE	VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES
Garçon	4 ans	Diphtérie	Pas de végétations.
—	5 mois	—	— —
—	4 ans 1/2	—	Légères végétations.
—	15 mois	—	Pas de végétations.
Fille	5 ans	—	— —
Garçon	2 —	—	— —
—	4 —	—	— —
—	2 ans 1/2	—	Végétations assez abondantes.
Fille	21 mois	—	— — —

[1] Albert Plottier (de Genève). — Des végétations adénoïdes dans leurs rapports avec certaines maladies infectieuses de l'enfance. Soc. fr. de laryng. Mai 1899.

SEXE	AGE	MALADIE	VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES
Garçon	21 mois	Diphtérie	Végétations assez abondantes.
Fille	15 —	—	— — —
—	4 ans	—	Végétations très abondantes.
Garçon	2 ans 1/2	—	— — —
Fille	3 ans	—	Végétations assez abondantes.
Garçon	5 —	—	— — —
—	7 —	—	— — —
—	16 mois	—	Pas de végétations.
Fille	9 —	—	— —
Garçon	9 —	—	— —
—	26 —	—	— —
Fille	18 —	—	Légères végétations.
Garçon	15 —	—	Pas de végétations.
—	14 —	—	Végétations très abondantes.
Fille	3 ans	—	Pas de végétations.
Garçon	1 an	—	Végétations abondantes.
Fille	6 ans 1/2	—	Végétations très abondantes.
—	4 ans	—	Légères végétations.
Garçon	18 mois	—	Pas de végétations.
—	16 —	—	— —
—	23 —	—	Légères végétations.
—	11 —	—	Pas de végétations.
Fille	11 —	—	Végétations assez développées.
—	2 ans 1/2	—	Pas de végétations.
Garçon	5 ans	—	— —
Fille	4 ans 1/2	—	Végétations abondantes.
Garçon	2 ans	—	Pas de végétations.
Fille	3 —	—	Végétations abondantes.
Garçon	2 —	—	Végétations très abondantes.
Fille	3 —	—	Végétations abondantes.
—	10 mois	—	Végétations légères.
—	8 ans 1/2	—	Pas de végétations.
—	2 —	—	Végétations moyennes.
—	1 an	—	Pas de végétations.
—	2 ans 1/2	—	Végétations assez abondantes.
—	4 ans	—	Pas de végétations.
—	17 mois	—	— —
—	3 ans 1/2	—	Végétations moyennes.
—	22 mois	—	Pas de végétations.
Garçon	4 ans	—	Végétations légères.
—	8 mois	—	Pas de végétations.
—	14 —	—	Végétations abondantes.
—	2 ans 1/2	—	Végétations très abondantes.
Fille	4 —	—	Végétations assez abondantes.
—	4 ans	—	Végétations abondantes.

Il résulte de ce tableau que sur 53 enfants ayant succombé à la diphtérie, 29 étaient porteurs de végétations adénoïdes, ce qui donne une proportion de 54,6 p. 100 — chiffre énorme qui doit nous faire penser nécessairement, comme le remarque avec juste raison Plottier, qu'il ne s'agit manifestement pas ici d'une simple coïncidence, d'une coexistence fortuite, mais d'une véritable relation de cause à effet.

Dans tous les traités classiques on décrit comme le siège le plus fréquent des fausses membranes : les deux amygdales palatines et les piliers du voile du palais ; de là, elles se propagent au pharynx, gagnent le larynx, la trachée et les bronches.

D'après Plottier, les fausses membranes, dans certaines circonstances, se développent en premier lieu sur l'amygdale pharyngée plus ou moins hypertrophiée, et de là elles gagnent de proche en proche, finissent par envahir les parties avoisinantes et deviennent, seulement à ce moment, accessibles à la vue.

Le mécanisme de l'infection est absolument identique dans les deux cas.

On sait, en effet, tout d'abord « que les végétations adénoïdes sont constituées, au point de vue histologique, par un tissu réticulé lymphoïde, d'une structure exactement identique à celle des amygdales palatines.

Ces tumeurs ramassées en lobules au niveau du cavum ménagent entre elles des anfractuosités, véritables réceptacles, un peu analogues aux cryptes des amygdales palatines dans lesquelles peuvent également séjourner les micro-organismes de la bouche et du nez (¹).

On sait d'autre part que la diphtérie n'a pas une incubation bien déterminée : il ne suffit pas d'avoir le germe dans la bouche pour avoir la diphtérie.

Pour prendre la diphtérie, l'individu doit avoir une *lésion locale* de la muqueuse, souvent très légère, qui permet l'implantation du bacille diphtérique. Cette lésion peut être d'origine traumatique; elle peut être aussi d'origine pathologique : légères angines, laryngites, rhinites, etc. (Sylvestre et Martin. *Traité des maladies de l'enfance.*)

(¹) Plottier. — *L. c.*

Si l'on ajoute que les végétations adénoïdes subissent très souvent des poussées inflammatoires qui se traduisent par la congestion, l'irritation, la macération et des ulcérations fréquentes de la muqueuse du cavum « qui, tout comme les rhinites, les angines ou laryngites, peuvent réveiller la virulence du bacille de Lœffler, on aura des raisons suffisantes pour admettre que l'infection diphtérique peut aussi bien faire son apparition au niveau des tumeurs lymphatiques que sur les amygdales palatines ou les régions avoisinantes ».

Plottier résume son étude sur les rapports des végétations adénoïdes avec la diphtérie, par des considérations auxquelles nous nous associons pleinement et que nous croyons devoir citer en entier, vu leur énorme importance pratique.

« La diphtérisation des végétations adénoïdes peut s'observer primitivement ou être secondaire et, dans ce dernier cas, elles paraissent donner à la maladie un cachet spécial de gravité.

La présence de ces tumeurs crée au niveau du naso-pharynx un *locus minoris resistentiæ*, véritable porte d'entrée pour toutes sortes de germes infectieux, et, par la gêne respiratoire qu'elles déterminent, mettent les sujets dans de mauvaises conditions de résistance. Chez eux, la réceptivité de la diphtérie paraît également accrue.

Les végétations adénoïdes peuvent devenir le siège d'une localisation primitive de la diphtérie et la lésion risque de passer inaperçue si l'on néglige l'examen du rhino-pharynx.

Les pseudo-membranes sont alors susceptibles de rester cantonnées à ce niveau ou de se propager aux régions voisines.

Les cas de diphtérie décrits sous les noms de diphtérites *catarrhale*, *latente ou larvée*, sont probablement relevables de cette étiologie. Il en est vraisemblablement de même pour ce qui concerne certaines catégories de *croups* dits d'emblée.

Un mécanisme analogue pourrait être invoqué pour expliquer certains cas d'envahissement de l'oreille moyenne et des fosses nasales dans la diphtérie.

Une poussée d'adénoïdite survenant au cours de la convalescence de la diphtérie pourrait, en réveillant la virulence du bacille Lœffler, déterminer une rechute de la maladie.

L'examen systématique du naso-pharynx s'impose comme

une règle absolue dans tous les cas suspects ou avérés de diphtérie.

De toutes ces considérations découle l'indication formelle d'opérer à froid toutes les végétations adénoïdes déterminant ou non des troubles chez l'enfant. »

TUBERCULOSE

Sur les 268 cas qui constituent l'ensemble de la statistique de Plottier, cet auteur avait recueilli une série de 32 observations concernant la tuberculose, parmi lesquelles 20 cas se rapportaient à la tuberculose pulmonaire et les 12 autres à la méningite tuberculeuse.

Chez les 20 premiers enfants, l'exploration du naso-pharynx a relevé 5 fois l'existence de végétations adénoïdes, tandis que, chez les 12 sujets restants ayant succombé à une méningite tuberculeuse, ces tumeurs ne se sont montrées que dans un seul cas.

On obtient ainsi pour la première catégorie une proportion de 25 pr 100, tandis que pour la seconde elle ne serait que de 8,3 p. 100 [1].

De même que pour la diphtérie, on peut se demander si la coexistence de ces deux affections est accidentelle, fortuite, ou s'il existe entre elles, dans certains cas, des relations de cause à effet ?

En se basant sur des recherches et les expériences d'un assez grand nombre d'auteurs, on peut répondre par l'affirmative : les végétations adénoïdes peuvent servir parfois de porte d'entrée à la tuberculose généralisée et à la phtisie pulmonaire (Dieulafoy).

La possibilité de la tuberculisation primitive des végétations adénoïdes a été signalée par un grand nombre d'auteurs en France et à l'étranger et peut être considérée aujourd'hui comme un fait solidement établi.

Depuis la communication d'un cas de végétations adénoïdes

[1] Plottier. — *L. c.*

tuberculeuses, faite par Lermoyez à la Société médicale des hôpitaux (20 juillet 1894), les observations se sont multipliées.

Dans une communication sensationnelle faite à l'Académie de Médecine, le 30 avril 1895, sur « La tuberculose larvée des trois amygdales », le professeur Dieulafoy, relatant les résultats d'expériences pratiquées par lui sur les trois amygdales, concluait que, une fois sur cinq, il existait chez elles de la tuberculose à forme torpide, latente, larvée.

On a reproché à Dieulafoy de n'avoir pas pratiqué l'examen histologique des amygdales et végétations enlevées. En se bornant à ne pratiquer que des inoculations, il n'a pas tenu compte des bacilles tuberculeux qui peuvent être logés, comme l'a démontré Straus, dans les cryptes des amygdales et à la surface des végétations.

On doit donc considérer, pour le moment, les chiffres donnés par Dieulafoy comme exagérés.

Les chiffres donnés par les autres auteurs sont loin de concorder entre eux.

Ainsi, tandis que Lermoyez, qui a d'abord indiqué la proportion de 1 pour 17, écrit ensuite « que la tuberculose de l'amygdale pharyngée, sans être exceptionnelle, est rare et qu'un cas de végétations adénoïdes sur 75 au plus, serait tuberculeux » ([1]), Brindel trouve une amygdale tuberculeuse sur huit et dit « qu'il ne serait nullement étonné d'apprendre un jour que cette proportion est encore au-dessous de la vérité et que celle qui a été proclamée en quelque sorte empiriquement par Dieulafoy soit plus tard confirmée et peut-être dépassée » ([2]).

D'après Lewin, on trouve des foyers de tuberculose dans 5 p. 100 des cas d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée ([3]).

Brieger a pratiqué l'examen histologique de l'amygdale pharyngée dans 78 cas. Dans 5 cas, la tuberculose fut démontrée ([4]).

Sur 32 cas de végétations adénoïdes soumis à l'examen his-

([1]) Cité par Brindel. — Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adédoïdes. Comm. faite au Congrès de laryngol. et de rhinologie, le 4 mai 1896.

([2]) Brindel. — *L. c.*

([3]) Lewin. — *Arch. f. Laryng.*, IX, 3, 1899.

([4]) Brieger. — *Zeitsch. f. Ohrenheilk*, XXXIII, 2.

tologique par Pluder (de Hambourg) et Fischer (de Altona), ces auteurs ont pu constater la tuberculose dans 5 cas, ce qui équivaut à une proportion de 16 p. 100 ([1]).

Gottstein, en procédant à l'examen histologique systématique des végétations adénoïdes opérées, a trouvé dans 12 p. 100 des cas examinés des lésions tuberculeuses ([2]).

On voit par ce qui précède que, si les chiffres donnés par les différents auteurs que nous venons de citer sont discordants, il ne s'en dégage pas moins un fait clinique et expérimental incontestable — c'est que dans un certain nombre de cas des végétations adénoïdes, ces dernières sont le siège d'une tuberculose latente.

Par quelle voie l'infection se produit-elle ?

Dieulafoy admet, en se basant d'un côté sur les expériences de Straus qui a réussi à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents dans les cavités nasales d'individus sains, fréquentant des locaux habités par des phtisiques, et d'un autre, sur les recherches de Chauveau, Orth, Baumgarten, Cadeac, etc., qui sont arrivés à déterminer chez des lapins et cobayes de la tuberculose des amygdales et de la tuberculose consécutive des ganglions, par une alimentation riche en produits tuberculeux, que l'infection a lieu par l'air et les aliments.

« Que les bacilles rencontrent le tissu lymphoïde naso-pharyngé d'un sujet héréditairement prédisposé, dit l'éminent clinicien, ils y trouvent un terrain favorable à leur développement, la végétation adénoïde tuberculeuse est constituée.

Pour pénétrer à l'intérieur de ce tissu, il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait une érosion ou une plaie préexistante. On sait que le bacille tuberculeux peut traverser les épithélium sans lésions préalables de l'épithélium : amygdales, larynx, pharynx ([3]), bronches, trachée, utérus ([4]), intestin ([5]), peuvent être pénétrés par le bacille qui chemine à travers les cellules épithéliales » ([6]).

([1]) *Arch. f. Laryng.*, 1896, B. IV, H. 3.
([2]) *Berl. Klin. Woch*, 3-10 août 1896.
([3]) Cornil et Babès. — Académie de médecine, mai 1883.
([4]) Cornil et Dobsokalowsky. — Congrès de la tuberculose, 1888, p. 259 et 263.
([5]) Tchistovitch. — *Ann. Inst. Pasteur*, 1889, p. 220.
([6]) Dieulafoy. — Comm. à l'Acad. de méd., avril 1878.

Pluder et Fischer, en insistant sur le caractère latent et primaire de cette forme de tuberculose admettent également l'infection par pénétration directe de bacilles dans une amygdale déjà hypertrophiée ; ils éliminent toutes les autres voies :

« La tuberculose de l'amygdale pharyngée — disent ces auteurs — est latente parce que rien ne faisait soupçonner chez les malades l'existence d'un foyer tuberculeux quelconque. Elle est primitive, parce qu'on ne voit pas bien de quelle manière elle se serait propagée aux végétations adénoïdes. Serait-ce par la voie sanguine ? Mais alors nous aurions eu plutôt une infection tuberculeuse généralisée. Est-ce par la voie lymphatique ? Dans ce cas, nous nous trouverions en présence d'une propagation ascendante, c'est-à-dire rétrograde, ce qui n'a guère été observée jusqu'ici. Sans parler qu'un examen minutieux de tous les organes des malades en question ne faisaient découvrir l'existence d'aucun autre foyer tuberculeux » (1).

Tel est également l'avis de Gottstein : « Pour l'amygdale pharyngée on ne saurait admettre une infection d'origine alimentaire; il faut admettre une infection par l'air inspiré : l'amygdale pharyngée offre un terrain spécial, le courant aérien vient s'y briser, sa structure inégale avec des pressions profondes présentent par places des points dépourvus d'épithélium (conduit de Stœhr) avec accumulation de nombreux leucocytes ; même les mouvements des cils dirigés vers le nez sont une cause prédisposante à la stagnation des impuretés de l'air atmosphérique » (2).

Que devient la tuberculose latente de l'amygdale pharyngée abandonnée à elle-même ? Quel est son pronostic ?

Dieulafoy résume son opinion de la façon suivante :

« Il est actuellement bien avéré que les amas lymphoïdes des trois amygdales offrent, surtout chez les jeunes sujets prédisposés, une porte d'entrée et un asile sûr au bacille de la tuberculose. Il en résulte une forme de tuberculose latente,

(1) Pluder et Fischer. — *Arch. f. Laryng. und Rhinol.*, 1896, et *Rev. de Moure*, 1896, nº 52, p. 159.

(2) Gottstein. — *Berl. Klin. Woch.*, 3-10 août 1896 et *Ann. des mal. de l'oreille*, 1897, nº 6.

souvent larvée, qui prend le masque de la vulgaire végétation adénoïde ou de la vulgaire hypertrophie amygdalienne.

Cette tuberculose larvée des trois amygdales s'observe surtout chez les jeunes sujets et chez les adolescents. Elle peut ne pas dépasser la première étape et guérir.

Dans d'autres ciconstances, la tuberculose primitivement limitée aux amygdales, envahit les réseaux lymphathiques et les ganglions lymphatiques du cou. Il en résulte de nombreuses variétés d'adénopathies cervicales tuberculeuses. Cette étape ganglionnaire peut n'être pas franche et le malade peut guérir sans autre généralisation.

Mais parfois, trop souvent même, après une période qui s'étend de quelques mois à bon nombre d'années, la deuxième étape est franchie et la tuberculose, de ganglionnaire qu'elle était, devient pulmonaire.

Les amygdales devront donc compter, à l'avenir, comme une des portes d'entrée les plus redoutables de la tuberculose humaine. »

A côté de ce pronostic par trop sombre. et légèrement sujet à caution pour des causes que nous avons relatées plus haut, nous trouvons celui de Pluder et Fischer beaucoup plus optimiste [1]. »

Pour ces auteurs, trois hypothèses sont admissibles :

1° Le foyer tuberculeux ne peut être éliminé et disparaître dans la métamorphose fibreuse des végétations à l'époque de l'inoculation;

2° Le foyer tuberculeux peut être résorbé, comme dans les cas de tuberculose péritonéale après la laparotomie et les végétations adénoïdes redeviennent normales ;

3° La tuberculose latente peut finir par aboutir à la phase ulcéreuse. Dans ce dernier cas, et même avant, les végétations adénoïdes tuberculeuses, grâce à leur siège à la base du crâne, au point de bifurcation des voies aériennes et des voies digestives, au voisinage des trompes d'Eustache, peuvent devenir le point de départ de complications graves de tous ces organes : méningite tuberculeuse, tuberculose pulmonaire, tuberculose de l'oreille moyenne, etc.

[1] PLUDER et FISCHER. — *L. c.*

Les auteurs croient que c'est la terminaison une ou deux qui doit être la plus fréquente.

Nous le pensons aussi. Tout fait croire que la tuberculose de l'amygdale pharyngée aboutit rarement à l'ulcération. L'infection des poumons ne serait tout au plus possible que par la voie lymphatique.

Mais pour n'être pas aussi fréquent et aussi grave que le veut Dieulafoy, le danger de la généralisation de la tuberculose existe toujours. Ce danger devient particulièrement grand lorsque l'enfant porteur de végétations tuberculeuses est atteint d'une des maladies infectieuses à détermination nasopharingienne qui, suivant l'expression de Comby, appellent la tuberculose, et exercent une influence néfaste sur sa marche.

Dans son article sur la méningite tuberculeuse (*Traité des maladies de l'enfance*), Marfan attire l'attention sur la fréquence des végétations adénoïdes chez les sujets qui succombent à cette maladie, fréquence, qui comme nous avons vu autrement, serait, suivant la statistique de Plottier, moins grande dans la tuberculose méningée que dans la tuberculose pulmonaire. Ces végétations renfermant parfois le bacille de la tuberculose, il y aurait lieu de rechercher — pense-t-il — si ce microbe ne pourrait être transporté facilement par voie lymphatique jusqu'à la pie-mère.

BRONCHO-PNEUMONIE

On sait que la broncho-pneumonie, dans la plupart des cas, secondaire, constitue une des plus grandes et des plus redoutables complications des maladies infectieuses de l'enfance qui se localisent sur l'appareil respiratoire.

Mais il est des cas, chez des enfants très jeunes, où la broncho-pneumonie ne peut être imputée à aucune maladie sérieuse et peut être considérée comme primitive.

Dans ces cas, elle succède ordinairement « à un refroidissement, à un coryza, à une laryngite aiguë, à une bronchite simple (Comby) ».

Il résulte de la statistique de Plottier que les végétations

adénoïdes se présentent dans des proportions relativement considérables dans les infections de l'appareil respiratoire chez les jeunes enfants.

Cette statistique se compose d'une série de 27 cas de *broncho-pneumonie*, auxquels l'auteur ajoute 7 cas de coqueluche dans lesquels la mort est survenue à la suite de la même complication.

Elle se répartit de la façon suivante :

SEXE	AGE	MALADIE	VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES
Garçon	1 an 1/2	Broncho-pneumonie	Pas de végétations.
Fille	3 ans 1/2	—	—
Garçon	5 mois 1/2	—	—
Fille	15 mois	—	—
—	4 ans 1/2	—	—
Garçon	4 mois 1/2	—	—
Fille	2 mois	—	—
Garçon	4 ans	—	Végétations abondantes.
Fille	4 mois	—	Pas de végétations.
—	1 an	—	Végétations moyennes.
Garçon	11 mois	—	Pas de végétations.
—	2 ans 1/2	—	Végétations moyennes.
Fille	10 mois	—	Pas de végétations.
Garçon	3 ans 1/2	—	—
—	2 ans 1/2	—	—
Fille	21 mois	—	—
Garçon	20 mois	—	—
Fille	7 mois	—	—
Garçon	1 an 1/2	—	Légères végétations.
—	15 mois	—	Pas de végétations.
Fille	10 mois	—	—
Garçon	6 mois	—	—
Fille	21 mois	—	—
—	2 ans	—	—
Garçon	14 mois	—	Végétations moyennes.
Fille	2 ans	—	Légères végétations.
Fille	20 mois	Coqueluche et broncho-pneumonie	Végétations moyennes.
Garçon	20 mois	—	Pas de végétations.
—	5 ans	—	—
Fille	2 ans	—	Légères végétations.
—	2 ans	—	Pas de végétations.
Garçon	1 an	—	—
Fille	20 mois	—	Légères végétations.

On voit que sur 34 enfants morts de broncho-pneumonie, on trouve 9 porteurs de végétations adénoïdes, ce qui donne une proportion de 26,4 p. 100 et prouve que la coexistence de ces deux affections s'observe assez fréquemment.

Cette fréquence ne doit pas nous surprendre.

Les phénomènes graves, auxquels peut donner lieu chez de très jeunes enfants une poussée d'adénoïdite, sont connus.

La sécrétion muco-purulente du cavum, provoquée et entretenue par l'inflammation des végétations adénoïdes peut, en se propageant de proche en proche, infecter tout l'arbre respiratoire et amener parfois des troubles d'une gravité exceptionnelle.

En effet, un enfant n'a pas impunément de muco-pus au niveau du cavum, c'est-à-dire à la partie supérieure des voies respiratoires et digestives.

Obéissant aux lois de pesanteur, les germes et les toxines peuvent arriver jusqu'au larynx et jusqu'aux bronches.

A la vérité, le système respiratoire supérieur, richement armé contre l'infection toujours imminente, oppose une résistance chronique à un danger permanent (Claisse). Mais il faut considérer ici que l'obstruction nasale prive les adénoïdiens du filtre par excellence constitué par les anfractuosités des cavités nasales. C'est donc un air impur et contaminé qu'ils respireront. Cet air, chargé de poussières plus ou moins irritantes, pourra souvent contribuer à l'ulcération de l'épithélium bronchique, et lorsque le muco-pus descendra du cavum, il trouvera, de ce fait, dans les bronches un terrain éminemment propice aux infections (Helme).

Plottier a pu examiner à plusieurs reprises des végétations adénoïdes, quelques heures après la mort, chez des enfants ayant succombé à une broncho-pneumonie. Elles présentaient, dans ces circonstances, une coloration rouge, vineuse, de nature manifestement congestive, indiquant d'une façon évidente la part active que les végétations avaient prise pendant l'évolution du processus inflammatoire.

Certes, comme le remarque avec juste raison cet auteur, cette pathogénie, applicable à certains cas particuliers, ne saurait suffire à expliquer l'évolution d'un grand nombre de

broncho-pneumonies qui se développent sous l'influence de mécanismes d'ordre très divers, absolument indépendants et étrangers à toute lésion du pharynx nasal, mais elle mérite néanmoins d'être prise en considération dans tous les cas où l'on se trouve en présence de lésions inflammatoires des premières voies aériennes. Une prophylaxie bien comprise et un traitement antiseptique bien institué pourront, dans ces conditions, contribuer à entraver dans une certaine mesure la marche descendante de l'infection.

Les recherches de Plottier ont porté, non seulement sur la diphtérie, la tuberculose et la broncho-pneumonie, mais encore sur un certain nombre d'autres maladies infectieuses de l'enfance.

Voici le tableau intéressant dressé par cet auteur et qui embrasse tous les 268 cas examinés par lui.

Les cas dans lesquels la coexistence de végétations adénoïdes a été constatée, sont mis en regard des maladies qui ont déterminé la mort.

MALADIE	CAS OBSERVÉS	COEXISTENCE DE VÉGÉTATION
Rougeole	54	7 fois.
Diphtérie	53	29 —
Gastro-entérite	25	1 —
Syphilis héréditaire	5	0 —
Scarlatine	5	1 —
Athrepsie	16	0 —
Méningite aiguë	7	2 —
Broncho-pneumonie	37	6 —
Coqueluche	7	3 —
Méningite tuberculeuse	12	1 —
Tuberculose	20	5 —
Maladies diverses	37	10 —

Le nombre d'observations concernant les maladies infectieuses autres que celles dont nous nous sommes précédemment occupés, étant trop restreint, nous imiterons la réserve de l'auteur qui s'abstient de formuler une opinion précise sur l'interprétation de ces faits et qui se borne à signaler ces coïncidences sans les commenter.

DIAGNOSTIC

Nous avons étudié dans la symptomatologie les troubles fonctionnels par lesquels se traduisent, dans un grand nombre de cas, la présence de végétations adénoïdes, ainsi que les signes caractéristiques qui impriment à la physionomie le cachet spécial connu sous le nom de « faciès adénoïdien » et qui permettent souvent, du premier coup d'œil jeté sur le malade, de nous faire préjuger du diagnostic.

Mais si grande que soit la valeur de ces signes, le praticien n'est pas autorisé à en tirer des conclusions trop affirmatives, car, en basant son diagnostic exclusivement sur les caractères du « faciès », il risquerait de commettre une erreur.

Nous croyons donc utile, bien que dans la symptomatologie, on ait déjà passé en revue tous les symptômes pouvant mettre sur la voie du diagnostic, s'appesantir d'une façon spéciale dans ce chapitre :

1° Sur les signes diagnostiques fournis par l'examen du faciès ;

2° Sur les signes fournis par la rhinoscopie antérieure ;

3° Sur les signes fournis par la rhinoscopie postérieure ;

4° Sur les signes fournis par le toucher digital naso-pharyngien ;

Et, finalement, sur le diagnostic différentiel avec certaines affections nasales et naso-pharyngiennes faisant obstacle à la respiration nasale et pouvant simuler les végétations adénoïdes.

SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DU FACIÈS

Dans la grande majorité des cas le faciès spécial des porteurs des végétations adénoïdes est la première chose qui frappe l'observateur.

Ce serait cependant une erreur de croire que le faciès adénoïdien implique toujours l'existence de végétations, et que l'absence du faciès suffit pour autoriser le praticien à ne



Figure 4. — Enfant de 11 ans.
Surdité. Otite moyenne catarrhale. Végétations adénoïdes en grande quantité.
Absence du faciès adénoïdien.

pas tenir compte de la possibilité de leur présence, dans l'explication des troubles qu'accusent les malades.

Il s'en faut de beaucoup que tous les sujets à « faciès » soient



Figure 5. — Enfant de 9 ans, frère du précédent.
Laryngite à répétition. Végétations adénoïdes en grande quantité.
Absence du faciès adénoïdien.

nécessairement porteurs de végétations adénoïdes, ou que tous ceux chez lesquels le « faciès » fait défaut en soient toujours exempts.

Tous les rhino-laryngologistes savent qu'il n'est pas rare d'observer des malades présentant tous les caractères du type

adénoïdien et chez lesquels, cependant, la rhinoscopie et le toucher digital ne révèlent aucune trace de végétations.

Dans d'autres cas, par contre, où le faciès adénoïdien fait complètement défaut, il peut arriver que le doigt explorant le pharynx nasal perçoive la présence d'une masse mamelonnée, plus ou moins molle, dont la consistance particulière donne, suivant l'expression de Moldenhauer, la sensation d'un paquet de vers pelotonnés qui ne laisse aucun doute sur le diagnostic.

Bien que ces cas ne soient pas absolument communs, nous avons eu l'occasion d'en suivre un certain nombre assez intéressants.

Deux des plus typiques avaient été observés par nous dans la même famille, chez deux frères âgés respectivement de neuf et onze ans et dont je donne ici les portraits.

Leur mère les amena dans notre clinique pour troubles auriculaires légers et rhumes continuels, suivis de laryngite et d'enrouement consécutif souvent persistant.

L'absence complète du faciès adénoïdien fit qu'on n'avait pas du tout pensé aux végétations adénoïdes et qu'on s'était borné à prescrire le traitement symptomatique usité dans de pareils cas.

Le traitement longtemps continué n'ayant donné aucun résultat, la mère vint nous consulter. A l'examen, nous constatons chez tous les deux de l'otite moyenne et la présence de végétations adénoïdes en quantité assez grande. Les fosses nasales étaient libres et le doigt introduit dans le cavum, laissant en arrière la masse adénoïdienne, pouvait constater, en avant, la liberté absolue des choanes.

L'ablation des végétations amena la disparition complète de tous les accidents.

Il résulte de ce qui précède qu'on peut diviser tous les sujets qu'on soupçonne être porteurs de végétations adénoïdes en trois groupes :

1° Faciès adénoïdien avec végétations adénoïdes;

2° Faciès adénoïdien sans végétations adénoïdes (faux adénoïdiens);

3° Végétations adénoïdes sans faciès adénoïdien.

PREMIER GROUPE

Faciès adénoïdien avec végétations adénoïdes. — Nous avons insisté trop longuement sur les symptômes et signes qui caractérisent le premier groupe — le plus important et le plus nombreux — pour qu'il y ait besoin d'y revenir encore une fois; nous ne nous occuperons donc ici que des deux autres groupes que nous avons laissés jusqu'à présent dans l'ombre.

DEUXIÈME GROUPE

Faciès adénoïdien sans végétations adénoïdes (*faux adénoïdiens*).— « Chez les sujets de ce groupe, la bouche est ouverte, la voûte palatine en ogive, les dents sont mal plantées ; ils ronflent la nuit ; généralement ils n'ont pas de grosses amygdales ; la respiration est buccale comme chez les malades du premier groupe ; *pas de respiration nasale*.

Chez ces malades, les affections auriculaires guérissent facilement avec un traitement un peu dirigé. Le doigt enfoncé dans le cavum ne perçoit pas de végétations adénoïdes » [1]. Dans de pareils cas, les divers symptômes qui viennent d'être énumérés sont dus exclusivement à l'imperméabilité nasale (affaissement des ailes du nez, déviation de la cloison, étroitesse congénitale du squelette des fosses nasales, hypertrophie des cornets, surtout des extrémités postérieures des cornets inférieurs, obstruction congenitale ou acquise des choanes, etc.).

Natier a attiré l'attention sur le faux adénoïdisme par insuffisance respiratoire chez les névropathes. Il a eu l'occasion d'observer toute une catégorie de sujets faussement considérés comme porteurs de végétations anénoïdes. A quelques-uns d'entre eux l'intervention avait été proposée, d'autres avaient été opérés à plusieurs reprises, sans aucun résultat, du reste.

[1] Champeaux. — *Arch. int. de laryng.*, etc., 1901, mars-avril.

En réalité, il s'agissait dans tous ces cas de malades névropathes chez lesquels il existait une rupture d'équilibre dans le jeu régulier de la respiration.

Dans de pareils cas on doit donc s'abstenir rigoureusement de pratiquer des opérations soit dans le nez, soit dans le nasopharynx. Il suffit de soigner l'état général et de faire pratiquer des exercices respiratoires méthodiques pour triompher sûrement et, parfois avec une rapidité surprenante, de tous les symptômes morbides : atélectasie pulmonaire, voix rauque, etc. (²).

Parmi les nombreux cas de faux adénoïdisme que nous avons eu l'occasion d'observer, un surtout mérite d'être rapporté.

Il s'agissait d'un enfant, âgé de huit ans qui, présentant tous les caractères du type adénoïdien, avait été soumis pendant de longs mois, sans aucun résultat, à un traitement médical (badigeonnages journaliers avec une solution de résorcine, pommade boriquée dans le nez, etc.).

La mère du petit malade, ne voulant pas accepter l'intervention chirurgicale que lui avait proposée, de guerre lasse, le médecin traitant, vint à notre consultation et nous pria de décider sur l'utilité de cette intervention.

L'examen minutieux auquel nous nous sommes livrés, nous fit constater l'absence complète de végétations de même que de toute affection des fosses nasales, et pourtant, l'enfant présentait le type parfait de l'adénoïdien.

Voulant faire respirer l'enfant dont la bouche avait été au préalable complètement fermée par une bandelette agglutinative, nous avons dû vite abandonner l'expérience, car, malgré tous les efforts faits par l'enfant, la respiration était impossible à cause de l'affaissement des ailes du nez qui bouchaient hermétiquement les narines au moment de la respiration.

L'usage d'un petit appareil dilatateur dans les narines, employé conjointement avec le massage et l'électricité faradique et, finalement, la perforation de la cloison, finirent par guérir complètement le malade, qui se développe maintenant normalement et dont la figure, perdant de plus en plus les stigmates adénoïdiens, devient normale.

(²) NATTIER. — Comm. à la Soc. Franç. de laryng., 1901.

Nous regrettons que, par excès de coquetterie maternelle, il nous soit défendu de publier les portraits très instructifs de l'enfant, avant et après le traitement, car il représente dans notre collection le type le plus parfait du « faux adénoïdien ».

On voit que le « faciès dit adénoïdien » n'est pas dû seulement aux végétations adénoïdes, mais qu'il peut être considéré plutôt comme le signe d'une respiration nasale défectueuse, quelle qu'en soit la cause.

TROISIÈME GROUPE

Végétations adénoïdes sans faciès adénoïdien. — « Chez les malades de ce groupe la bouche est ordinairement fermée et ils ronflent peu ; les symptômes auriculaires se constatent assez rarement et ils entendent généralement bien ; mais en revanche les symptômes laryngo-bronchiques dominent ; toux continuelle, surtout le matin ; laryngite et accès d'aphonie ou voix enrouée fréquents ; semis de granulations plus ou moins développées sur le pharynx buccal perceptibles à l'observation directe avec l'abaisse-langue. Au toucher, le doigt sent des végétations assez développées sur la partie postérieure du pharynx nasale, mais *les choanes sont libres*. Il y a quelquefois des symptômes nasaux (accès d'éternuement, coryza), mais ces symptômes sont intermittents en rapport avec les exacerbations laryngo-bronchiques, et, en tout cas, n'offrent pas l'intensité des symptômes des deux groupes précédents [1] ».

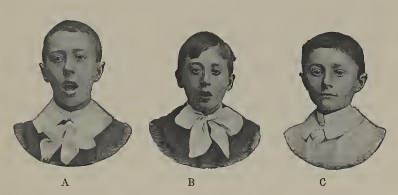
L'absence du faciès adénoïdien dans de pareils cas s'explique aisément.

Les fosses nasales étant largement constituées, et les végétations adénoïdes agglomérées sur la paroi postérieure du pharynx en un seul mamelon central n'obstruant point les choanes, la respiration nasale se fait normalement : l'air inspiré pénètre librement dans l'arbre respiratoire à travers l'espace resté libre entre la paroi postérieure du pharynx doublée de végétations et le voile du palais.

[1] CHAMPEAUX. — *L. c.*

On voit donc, qu'à côté du type adénoïdien moyen, type classique, connu de tous, il existe des types extrêmes que le praticien doit connaître.

Si, d'un côté, en remontant l'échelle, on arrive jusqu'au



A. A'. — Type extrême. (Otite moyenne purulente. Hypertrophie des amygdales. Végétations adénoïdes en quantité considérable.)

B. B'. — Type moyen. (Otite catarrhale. Hypertrophie des cornets. Végétations adénoïdes en grande quantité.)

C. C'. — Type négatif. (Otite moyenne. Rhumes continuels. Laryngite à répétition. Végétations adénoïdes en grande quantité.)



Figure 5.

type exagéré, presque grotesque, fourni par des enfants adénoïdiens plus ou moins dégénérés, on peut aussi, d'un autre côté, en descendant l'échelle, trouver des porteurs de végétations ne présentant dans leur faciès aucun stigmate adénoïdien (type négatif pour ainsi dire).

Pour bien faire sentir la différence que le faciès adénoïdien peut offrir, nous reproduisons ci-dessus les portraits des types adénoïdiens moyens et extrêmes.

Ceci dit, et le praticien mis en garde contre l'erreur qu'il pourrait commettre par l'interprétation inexacte du faciès adénoïdien, nous allons décrire les signes physiques qui permettent, seuls, d'établir le diagnostic avec certitude.

Pour reconnaître directement la présence de végétations adénoïdes chez un malade, le praticien doit procéder à un examen minutieux et approfondi de la cavité naso-pharyngienne.

Cet examen se pratique au moyen des trois procédés suivants, de valeur inégale :

1° La rhinoscopie antérieure; 2° la rhinoscopie postérieure ; 3° le toucher digital.

SIGNES FOURNIS PAR LA RHINOSCOPIE ANTÉRIEURE

Ce procédé, qui nécessite un certain degré d'adresse et d'habitude de la part du médecin, n'est possible que lorsque les fosses nasales sont suffisamment larges.

Comme, dans la plupart des cas, les végétations adénoïdes coexistent avec un catarrhe naso-pharyngien, les mucosités et l'hypertrophie de la muqueuse (sans parler des différentes irrégularités de la cloison), empêchent d'apercevoir la partie postérieure du cavum.

La rhinoscopie antérieure ne rend donc que peu de services au point de vue du diagnostic direct des végétations, mais les renseignements qu'elle fournit sont, cependant, d'une grande utilité pour le pronostic et le traitement ultérieur.

Dans les cas, peu fréquents, où les fosses nasales sont larges et dans ceux plus communs des fosses nasales moyennes, qui se comportent dans l'espèce comme des cavités larges, grâce aux badigeonnages répétés avec une solution de coca-adrénaline qui réduit la muqueuse hypertrophiée, on peut arriver, après avoir déblayé les fosses nasales et le cavum des mucosités, — soit par l'expulsion naturelle, volontairement

provoquée par le malade, soit artificiellement, a l'aide d'un lavage ou une douche nasale pratiquée par le médecin — a se rendre un compte exact de la présence, du volume et de la situation des végétations.

« Au fond de la fosse nasale, presque au niveau du plancher, on voit une ligne ondulée qui dessine le bord inférieur de la tumeur; au-dessus d'elle est une surface tachetée de points lumineux irréguliers, qui traduisent l'aspect tomenteux des végétations; au-dessous, se trouve un espace vide, dans lequel, pendant l'émission de la voyelle *i*, on voit se lever le voile du palais, et celui-ci soulève la masse adénoïdienne si elle est grosse, mouvement qui se traduit par le changement de position des points lumineux. De sorte que non seulement le spéculum nasal fait reconnaître la présence des végétations, mais il fait même apprécier leur volume d'après la hauteur où se voit leur limite inférieure. Cet examen est contrôlé par l'introduction du stylet nasal, qui va tout au fond reconnaître les végétations et les sent molles et mobiles. » (Lermoyez.)

En se servant du stylet nasal coudé à l'angle droit, on peut constater *de visu*, lorsque la fosse nasale a été bien élargie par l'adrénaline, si les végétations sont formées par une grosse masse centrale ou par plusieurs mamelons se réunissant par leurs bases à la partie supérieure du cavum et se prolongeant vers la partie inférieure sous forme de stalactites.

Cette disposition est quelquefois si nette, que j'ai pu une fois, à l'aide du serre-nœud, enlever à travers la fosse nasale une énorme végétation ayant l'aspect d'un *molluscum pendulé*.

SIGNES FOURNIS PAR LA RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

La rhinoscopie postérieure, méthode ingenieuse d'exploration du pharynx nasal, due, de même que la laryngoscopie, à Czermak, permet de se rendre compte *de visu* de toutes les productions pathologiques du cavum.

Ne pouvant pas exposer ici la technique de cette méthode

— dont on trouvera la description détaillée dans tous les traités spéciaux, — nous nous bornerons à dire seulement quelques mots sur son application.

Tout ceux qui se sont occupés, tant soit peu, de la question que nous traitons, savent qu'il est absolument impossible d'explorer directement le pharynx nasal et de diagnostiquer les végétations adénoïdes à l'aide de l'abaisse-langue seul.

Les cas, en effet, où les végétations sont à tel point volumineuses qu'elles finissent par déborder dans le pharynx buccal, sont extrêmement rares. Ordinairement, lorsqu'on examine le fond de la gorge chez un sujet atteint de végétations adénoïdes, même si ces dernières sont en quantité considérable, il est impossible de se prononcer sur leur existence.

On aperçoit parfois sur la paroi postérieure du pharynx un petit semis de granulations, précurseurs des végétations, mais les végétations elles-mêmes sont toujours masquées par le voile du palais, même lorsqu'il se trouve au plus haut degré de son relèvement.

La rhinoscopie postérieure, en nous donnant le moyen d'explorer par le regard l'intérieur du cavum, nous permet, pour ainsi dire, *de voir* l'ennemi qui se tient insidieusement embusqué dans ce petit coin de notre organisme et qui, à la faveur des ténèbres qui le protègent, guette l'occasion propice de nous porter des coups d'autant plus terribles que ses attaques, dans la plupart des cas, sont absolument imprévues.

La rhinoscopie postérieure serait donc un procédé de diagnostic idéal, si elle ne présentait pas, parfois, des difficultés telles qu'il est impossible de les surmonter, non seulement au médecin ordinaire, mais même aux spécialistes, dont certains, comme Ziem, la remplacent systématiquement par le toucher digital.

Pour mener à bonne fin l'exploration du pharynx nasal à l'aide de la rhinoscopie postérieure, le médecin doit réunir un certain nombre de qualités qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder, du moins toutes à la fois : il doit être doux, patient, maître de lui-même et de son malade et, avant tout, adroit.

La dextérité surtout est indispensable, car, « pour bien voir le cavum, il faut, non seulement conduire le miroir à travers

un chemin tortueux, sans rien accrocher en route, mais encore aller très vite; souvent du premier coup d'œil et par surprise, on peut voir le pharynx nasal avant qu'une contraction du voile ne le cache définitivement ». (Lermoyez.)

En dehors des obstacles normaux, pour ainsi dire, et parfois invincibles qui s'opposent à la rhinoscopie postérieure (malformations congénitales ou acquises du voile du palais, amygdales hypertrophiées, atrésie de l'isthme naso-pharyngien, contracture des massèters, ankylose des mâchoires, etc.), l'obstacle le plus sérieux — c'est l'appréhension, la terreur vague ou raisonnée qui s'empare du malade à la vue de l'attirail nécessaire à l'examen.

C'est surtout dans ces cas que tout dépend de l'habileté et de la diplomatie du médecin.

Tour à tour autoritaire ou paternel, prolixe ou avare d'explications, toujours persuasif, toujours patient et doux, il arrivera, dans un grand nombre de cas, à vaincre la résistance du malade, sans trop le brusquer, et à procéder à une exploration sérieuse et décisive.

On comprendra qu'il est difficile de formuler à ce propos des règles fixes, chaque malade étant, pour ainsi dire, un petit monde à part.

Tous les auteurs sont d'accord qu'il est inutile d'essayer la rhinoscopie postérieure chez des enfants au-dessous d'un certain âge (8 ans, d'après les uns, 10-12 ans, d'après les autres).

Déjà très difficile chez les adultes et les adolescents, ce procédé devient presque impossible chez les jeunes enfants, non seulement à cause de leur indocilité, mais aussi à cause du développement insuffisant de leur pharynx, qui ne permet pas l'introduction du miroir rhinoscopique.

Cependant, lorsque pour une raison quelconque on tient absolument à mettre à contribution les indications que donne la rhinoscopie postérieure, il ne faut pas oublier qu'à l'aide d'un tout petit miroir, d'un crochet pharyngien, d'une certaine adresse et d'une énorme dose de patience, on peut arriver à examiner un cavum qui, à première vue, pouvait paraître absolument impénétrable.

Dans tous les cas où la rhinoscopie postérieure est pos-

sible, on peut se rendre un compte assez exact non seulement du volume, du siège, de l'aspect et de la forme des végétations adénoïdes, mais aussi de l'état des pavillons tubaires et des extrémités postérieures des cornets inférieurs. Tous ces renseignements, comme nous l'avons vu à propos de la rhinoscopie antérieure, sont d'une grande importance pour le pronostic et le traitement ultérieur.

Remarquons que par suite de l'obliquité forcée du miroir rhinoscopique, le volume des végétations paraît plus petit qu'il n'est en réalité. Le miroir montre, en effet, non la projection réelle des végétations, mais leur saillie oblique en bas et en avant. (Castex, Zarnico, Lermoyez.)

Il est facile de rectifier cette erreur par la rhinoscopie antérieure et par le toucher digital.

SIGNES FOURNIS PAR LE TOUCHER DIGITAL NASO-PHARYNGIEN

Le toucher digital du pharynx nasal, ou l'exploration du cavum avec le doigt recourbé en crochet, est le mode d'investigation le plus sûr et le plus facile pour constater la présence des végétations adénoïdes.

On peut dire que ce procédé présente la dernière instance, la cour suprême du diagnostic : ses jugements sont sans appel.

D'une exécution facile, pouvant être employé toujours et sans aucune préparation spéciale, chez les adultes et chez les enfants à tout âge, le toucher digital rend de grands services, aussi bien au spécialiste, à qui il donne le moyen de compléter les renseignements parfois incomplets et insuffisants fournis par la rhinoscopie antérieure et postérieure, qu'au praticien non familiarisé avec ces méthodes, pour qui il est le seul moyen de se renseigner directement et d'asseoir son diagnostic sur des données précises.

Le toucher digital devant être connu de tout médecin, étant pour ainsi dire obligatoire, nous croyons utile d'y insister un peu plus longuement.

Si l'on veut combiner la rhinoscopie antérieure et postérieure au toucher digital, ce dernier doit toujours clore la série d'investigations; car, autrement, il serait extrêmement difficile, voire impossible d'y procéder, surtout chez les enfants qui se refuseront opiniâtrement, après cette manœure désagréable et parfois douloureuse, à toute tentative d'examen.

La première chose à faire, avant tout examen, c'est d'antiseptiser minutieusement le doigt (l'index, s'il s'agit des adultes et des adolescents; le petit doigt, s'il s'agit des nourrissons) qui doit servir à l'exploration.

Il ne s'agit pas de faire le simulacre d'antisepsie. Il faut savonner et brosser le doigt, et surtout la rainure de l'ongle — véritable nid à microbes — comme s'il s'agissait de toucher à une plaie. Pour plus de sûreté, on doit plonger le doigt, après le brossage et le savonnage, dans un liquide, ou mieux encore dans une poudre antiseptique et insipide.

La moindre négligence peut avoir, à ce point de vue, des conséquences extrêmement graves.

Les germes pathogènes introduits avec le doigt dans l'excellent milieu de culture présenté par les végétations adénoïdes, couvertes souvent de mucosités purulentes, peuvent s'y développer avec une grande rapidité et donner lieu à de véritables infections, à des adénoïdites aiguës avec leur cortège habituel

Ainsi Lermoyez cite un cas observé dans son service, où un toucher naso-pharyngien non aseptique fit éclater une mastoïdite aiguë chez un enfant de cinq ans, vierge de tout passé otique.

Avant de procéder à l'exploration, il est bon de prévenir le malade que pour compléter le diagnostic il reste encore à pratiquer une petite manœuvre, laquelle, quoique un peu désagréable, ne devient réellement douloureuse que s'il s'y oppose, s'agite et se contracte.

Nous sommes presque toujours arrivés à vaincre par ce dernier raisonnement la résistance des malades, même lorsqu'il s'agissait de très jeunes enfants, et à obtenir le moment de tranquillité nécessaire pour effectuer l'examen.

Si l'on se trouve en présence de malades pusillanimes, récalcitrants et absolument rebelles à tout raisonnement, on

réussit parfois à obtenir par ruse et diplomatie ce qu'ils refusent à la douceur et aux admonestations paternelles.

Quelques auteurs, afin de rendre le toucher moins désagréable, conseillent d'avoir recours aux badigeonnages du voile du palais et du naso-pharynx avec une solution de cocaïne.

Nous sommes absolument opposés à cette pratique. Sans parler de ce fait que ces badigeonnages excitent les réflexes naso-pharyngiens et qu'ils sont, pour le moins, aussi désagréables que le toucher lui-même, ils peuvent amener des accidents d'intoxication, surtout chez les enfants extrêmement réfractaires, comme on sait, à cet alcaloïde. « Le meilleur moyen de rendre le toucher tolérable, c'est de le faire avec douceur, vitesse, presque avec élégance; un spécialiste habile peut avoir touché le cavum d'un petit adénoïdien et posé son diagnostic avant que l'enfant, surpris, ait le temps de s'en rendre compte. Et cette grande habileté, fruit de l'habitude, est le meilleur anesthésique en l'espèce » [1].

On ne saurait donc trop recommander aux praticiens, afin d'acquérir la dextérité nécessaire, de s'exercer à pratiquer le toucher naso-pharyngien sur le cadavre et sur le vivant et de se familiariser avec l'anatomie normale du pharynx nasal. Ils éviteront ainsi de commettre parfois de graves erreurs de diagnostic.

Pour éviter les morsures très douloureuses pouvant résulter de la contraction volontaire ou involontaire des arcades dentaires au moment de l'introduction du doigt dans la bouche, et qui portent surtout sur les deux premières phalanges, quelques auteurs protègent le doigt avec un doigtier articulé en métal, ou tout simplement avec un doigtier en cuir ou en caoutchouc qui engaîne les deux premières phalanges et laisse à découvert la troisième, nécessaire à l'exploration.

L'emploi d'un doigtier a de grands inconvénients : métallique, il grossit le doigt, blesse le voile du palais et gêne le jeu de la troisième phalange, à laquelle il enlève la sensibilité, l'agilité et la souplesse nécessaires à l'examen; en cuir ou en caoutchouc, il est d'une stérilisation difficile et la protection qu'il procure est sujette à caution.

(1) *Thérap. des mal. des fosses nasales*, par Lermoyez.

Frænkel a recommandé un procédé beaucoup plus simple et plus commode pour éviter les morsures.

Ce procédé consiste à refouler avec l'index de la main gauche une partie de la joue entre les arcades dentaires, dont tout rapprochement devient alors impossible, car, en voulant serrer les mâchoires, le malade mordrait sa propre joue, sensation autrement désagréable et douloureuse que la présence du doigt dans la bouche.

Ceci dit, voici comment on procède à l'exploration :

L'enfant, placé sur les genoux d'un aide qui lui immobilise les jambes et les bras (s'il s'agit d'un adulte, on le fait asseoir sur une chaise basse et on lui maintient seulement les mains), le médecin se place alors à droite de l'enfant; de sa main gauche, il lui entoure la tête, qu'il appuie solidement contre sa poitrine ou sa hanche et, en même temps, profitant d'un moment où l'enfant ouvre la bouche, avec un doigt il lui déprime la joue entre les dernières molaires.

Il introduit alors franchement l'index de la main droite dans la bouche jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. L'index est étendu, la face palmaire tournée vers la voûte palatine, la face dorsale glissant sur la langue, qui lui sert de guide et qu'il faut souvent maintenir déprimée pour se livrer passage. Les autres doigts, pour laisser toute liberté à l'index, sont tenus fléchis dans la paume de la main.

Arrivé à la paroi postérieure du pharynx, passant entre la luette et un des piliers du voile, on recourbe l'index pour l'engager derrière le voile du palais, et, abaissant le coude, on porte le doigt directement en haut vers la voûte pharyngienne; à l'état normal, la cavité pharyngienne est libre : ses parois sont lisses et résistantes, comme la paroi postérieure du pharynx buccal. Si les végétations sont volumineuses et remplissent la cavité du pharynx nasal, entre la paroi postérieure du pharynx et le bord postérieur du voile du palais, le doigt est immédiatement arrêté et pénètre dans une masse irrégulière, plus ou moins consistante, se laissant parfois facilement écraser et donnant la sensation d'un paquet de vers de terre (Lennox-Brown).

La tumeur est-elle moins volumineuse, le doigt, fortement recourbé, remonte derrière le dos du voile et rencontre le bord

postérieur de la cloison nasale, dont la crête lui sert de poin de repère. A droite et à gauche, on reconnaît l'orifice postérieur des narines; on les explore tour à tour, et se rendant compte de la situation exacte des végétations, on détermine le degré d'obstruction de chacune. Dans certains cas, on suit, sans être arrêté par la masse adénoïdienne, le bord postérieur du vomer jusqu'à sa jonction avec la voûte pharyngée; et c'est alors seulement que changeant à nouveau la position recourbée du doigt et le remettant dans l'extension forcée, pour le porter le plus profondément possible, on arrive à sentir tout à fait en haut de la cavité, dans la région qui répond à l'apophyse basilaire de l'occipital, une masse constituée par l'hypertrophie nettement circonscrite de l'amygdale pharyngée. Il est nécessaire, si l'on veut faire un examen complet de la voûte pharyngée de donner à l'index explorateur la position de flexion, ensuite celle de l'extension forcée.

La voûte explorée, il faut se rendre compte de l'état des parois latérales. La région latérale droite s'explore assez facilement en faisant exécuter à la main un mouvement de rotation qui porte contre elle la pulpe du doigt; pour la région latérale gauche, les sensations sont moins précises, car on ne peut la reconnaître qu'avec la face unguéal de la phalangette. Pour que l'examen se complète dans tous ses détails, il peut donc être utile dans certains cas de toucher avec l'index gauche » (1).

Le toucher digital fait avec ménagements et avec les précautions antiseptiques indiquées plus haut, n'amène jamais aucun accident sérieux, sauf, toutefois, lorsqu'il existe une disproportion notable entre le doigt explorateur et la cavité à explorer.

Cette remarque qui pourrait paraître banale doit cependant être faite, car nous avons eu l'occasion de voir un abcès pharyngien grave à la suite d'une déchirure du voile du palais faite par un doigt d'athlète, ne sachant pas reculer devant la résistance.

En général, la légère réaction inflammatoire que provoque toujours l'exploration, si rapide et si légère soit-elle, ne dure

(1) *Traité des mal. de l'enfance*, 1897, p. 464.

que très peu de temps ; quant à la légère hémorrhagie qui peut se produire, qui se produit presque toujours par suite de l'écrasement des végétations avec le doigt, elle ne fait que corroborer le diagnostic. Il serait bon, pour ne pas avoir besoin d'effacer une impression pénible, d'en prévenir les parents avant de commencer l'exploration.

Kantorowicz, en se basant sur le fait que les végétations adénoïdes possèdent un réseau artério-veineux très développé qui saigne au moindre attouchement, et que le doigt introduit dans un naso-pharynx rempli de végétations est retiré couvert de sang, a proposé même de faire de cette particularité un procédé de diagnostic pour remplacer le toucher digital qu'il considère comme trop brutal.

Au lieu du doigt, cet auteur se sert d'un porte-tampon naso-pharyngé qu'il entoure d'un morceau d'ouate et qu'il introduit rapidement dans la cavité naso-pharyngienne. S'il existe des végétations, le tampon est retiré couvert de sang [1].

S'il est vrai que ce procédé fournit une présomption en faveur de l'existence des végétations adénoïdes, il ne peut en aucune façon remplacer le toucher digital. D'abord, il ne donne aucun renseignement ni sur les dimensions ni sur l'étendue des végétations ; ensuite, l'absence de saignement ne prouve pas toujours que le naso-pharynx en soit exempt : il existe, en effet, des végétations adénoïdes anciennes, torpides, qui ne saignent pas lorsqu'on les touche.

De ce qui précède on peut voir que le toucher digital exécuté par un doigt expérimenté et habile suffit à lui seul pour établir le diagnostic de l'affection qui nous occupe. Il est de tous les procédés le plus complet et le plus parfait, car, il nous permet, en quelques secondes, de nous rendre compte, non seulement de l'existence des végétations adénoïdes, mais aussi de leur dimension, de leur consistance, de leur présence ou absence au niveau des choanes, dans les fossettes de Rosenmüller et autour de la trompe, et en général, de la conformation du naso-pharynx.

Avant de terminer signalons quelques erreurs que les débutants commettent souvent.

[1] *Arch. f. Laryng. et Rev. de Moure*, 1899, nº 1.

Il peut arriver que l'index, au moment où il s'engage dans l'isthme naso-pharyngien refoule devant lui la luette ; pelotonnée sur elle-même, cette dernière peut faire éprouver à la pulpe du doigt une fausse sensation de végétations adénoïdes. Une autre pseudo-sensation peut résulter aussi de l'enserrement des parois du cavum autour du doigt explorateur, qui, souvent croit sentir une tumeur tomenteuse là où il ne s'agit que d'un spasme passager. Il peut enfin arriver de prendre la saillie antérieure de l'atlas pour une excroissance pathologique.

Il suffit de connaître ces causes d'erreur possible pour les éviter facilement.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel entre les diverses affections du pharynx nasal et les végétations adénoïdes ne présente, généralement, aucune difficulté, si l'on tient compte de l'*ensemble* des symptômes fonctionnels et physiques de cette dernière affection, et lorsqu'on est familiarisé avec le toucher digital et la rhinoscopie antérieure et postérieure.

Les affections avec lesquelles on pourrait confondre les végétations adénoïdes ne sont pas très nombreuses. Nous allons les passer rapidement en revue.

POLYPES MUQUEUX

Les polypes muqueux volumineux, à insertion choanale, peuvent parfois donner le change et faire croire à l'existence de végétations adénoïdes.

Cuvillier cite le cas d'un enfant d'une dizaine d'années chez lequel — le toucher digital lui ayant donné la sensation d'une masse molasse — il avait conclu à des végétations adénoïdes. La pince ramena une grappe de polypes muqueux. Mais dans ce cas la rhinoscopie postérieure qui eût évité à l'auteur l'erreur de diagnostic n'avait pu être faite ; d'un autre côté, l'hy-

pertrophie de la pituitaire encombrant complètement le méat inférieur, n'avait pas permis d'arriver jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales.

Dans un autre cas, observé par Castex, un polype fibro-muqueux, analogue à ceux qu'ont signalés Legouest, Trelat, Panas, Labbé, Mathieu, etc., implanté sur l'extrémité postérieure d'un cornet moyen, pouvait faire croire par l'ensemble de ses symptômes à une tumeur adénoïde, mais le toucher digital, révélant une masse plus sphéroïdale, dure et d'une mobilité plus marquée, a fait cesser tous les doutes.

Généralement les caractères objectifs des polypes muqueux sont si nets et si caractéristiques (surface lisse, consistance gélatiniforme, aspect grisâtre ou gris rosé, insertion pédiculée, élasticité, mobilité marquée) qu'il est impossible, avec un peu d'habitude, de commettre une erreur de diagnostic.

POLYPES FIBRO-MUQUEUX

Les polypes fibro-muqueux tiennent par leur structure du polype fibreux et du myxome classique. Dans certains cas, ils peuvent augmenter de volume au point de déborder dans le pharynx buccal. Leur consistance dure et leur forme globulaire ou plutôt en « cœur de volaille » (Legouest) ne permettront pas de les confondre avec les végétations adénoïdes.

KYSTES DU PHARYNX

Les kystes du pharynx, tout en ne constituant pas une curiosité pathologique, ne sont pas très fréquents.

Signalés pour la première fois par Czermak (1863) et plus tard par Heunle, Luschka, Troelsch, Tornwald, Megevand, Raulin (1891), les kystes du pharynx « siègent sur la voûte du pharynx nasal ou latéralement. Leur consistance est assez ferme; ils sont quelquefois bilobés. Mais à l'examen au miroir rhinoscopique l'aspect est tout autre que celui fourni par les

adénoïdes. On aperçoit, en effet, une tumeur légèrement jaunâtre ou rosée, quelquefois un peu rouge, facilement dépressible par le contact et le stylet » ([1]).

POLYPES FIBREUX NASO-PHARYNGIENS

A la période d'envahissement le doute n'est pas possible, mais au début on peut hésiter, le diagnostic étant parfois délicat.

L'examen rhinoscopique permet de constater « l'existence d'une tumeur unique, plus ou moins volumineuse, de couleur rouge assez foncé, sillonnée à la surface par un lacis vasculaire formé de vaisseaux dilatés et souvent prêts à s'ouvrir. » (Moure.)

Le polype fibreux a une consistance ferme, dure, résistante, ce qui le distingue facilement des végétations adénoïdes, même lorsque ces dernières, comme cela arrive chez les adultes, ont une consistance plus ferme due au développement du tissu fibreux central.

De plus, les polypes fibreux saignent facilement et spontanément et le toucher pharyngien, pratiqué même avec la plus grande douceur, amène parfois des hémorrhagies abondantes qui ne peuvent en aucune façon être comparées au suintement insignifiant dans les végétations adénoïdes.

TUMEURS MALIGNES

L'évolution rapide de ces tumeurs, les hémorrhagies spontanées, l'adénopathie ganglionnaire précoce et volumineuse, les douleurs fréquentes et violentes, les sécrétions fétides, muco-purulentes ou sanieuses, la cachexie progressive et rapide — tous ces symptômes qui ne s'observent jamais dans les végétations adénoïdes rendront toute erreur impossible.

([1]) Bertrand. — *Thèse de Paris*, 1897.

SYPHILIS

La syphilis, à la période secondaire et tertiaire, peut déterminer des lésions des follicules clos de la tonsille pharyngée, se traduisant par l'inflammation et l'augmentation de volume de cette dernière et se révélant par des symptômes fonctionnels qu'on observe chez les enfants atteints de végétations adénoïdes.

Moure et Raulin ont donné une excellente description des manifestations secondaires de la syphilis sur la tonsille pharyngée.

« Dans le cas où les follicules clos de la voûte présentent seuls des lésions, la voix, habituellement nasonnée, le devient davantage par suite de l'obstruction plus grande de la cavité naso-pharyngienne par les éléments lymphoïdes hypertrophiés; ce phénomène est le plus marqué lorsque les follicules de la face supérieure du voile du palais sont en cause. La respiration nasale est alors plus ou moins compromise; l'air passe mal par l'un ou par les deux côtés. Le symptôme qui gêne le plus le malade consiste dans l'exagération des sécrétions du naso-pharynx et l'existence de mucosités adhérentes qui provoquent la toux, des nausées, parfois même des vomissements, au moment où le malade râcle sa gorge pour s'en débarrasser, c'est-à-dire particulièrement le matin au réveil. Le sujet atteint est, en outre, essoufflé et il présente alors, souvent à un très haut degré, les troubles respiratoires que l'on observe chez les porteurs de végétations adénoïdes » (1).

Le diagnostic différentiel entre les végétations adénoïdes et l'hypertrophie syphilitique secondaire de l'amygdale pharyngée est en général très facile. « L'existence des plaques muqueuses sur le voile du palais, les amygdales ou les piliers permet de reconnaître la nature de celles que l'on observe à la surface des follicules hypertrophiés et d'éliminer l'hypertrophie *simple non spécifique* de ces éléments. Si le malade vient

(1) Moure et Raulin. — Contribution à l'étude des manifestation de la syphilis sur la tonsille pharyngée et préépiglottique (3e et 4e amygdales). *Revue de laryngol.*, etc., 1891.

en observation à une époque où il n'existe plus de plaques, toute hésitation est encore impossible, car le sujet est en pleine période secondaire : l'alopécie, la roséole, les adénites occipitales et carotidiennes et les plaques de la cavité buccale sont là pour assurer le diagnostic. L'historique de la maladie servirait aussi d'élément diagnostique. »

De même que les manifestations secondaires, les manifestations tertiaires de la tonsille pharyngée ne sont pas rares.

Ordinairement le diagnostic en est rendu facile par la constatation *de visu* des désordres de voisinage. Mais il peut arriver que tout le processus évolue exclusivement dans le naso-pharynx et que les symptômes simulent à s'y méprendre les symptômes classiques des végétations adénoïdes.

Garel (de Lyon) a eu l'occasion d'observer deux cas extrêmement intéressants, où la syphilis tertiaire de l'amygdale pharyngée simulait complètement les végétations adénoïdes.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une fillette de dix ans. La mère tout éplorée amena l'enfant chez l'auteur et lui raconta que quelques jours avant elle avait confié son enfant à un confrère qui, *après mûr examen*, lui avait déclaré que l'enfant était atteinte de végétations adénoïdes. L'opération fut pratiquée d'une façon tout à fait normale et sans le moindre incident fâcheux. Au bout de quelques jours, les symptômes d'obstruction se reproduisaient avec la même intensité et l'enfant fut soumise à un nouvel examen. Sur ces entrefaites, il était survenu une perforation du voile du palais. La mère, furieuse, accusait le confrère d'avoir estropié son enfant et de lui avoir par maladresse fait un trou dans la gorge. Ce dernier reconnut immédiatement qu'il avait affaire à une lésion syphilitique tertiaire et reprocha à la mère de ne point l'avoir averti de ses antécédents. Il prescrivit un traitement spécifique, mais la mère très formalisée d'une accusation aussi grave portée sur son compte, s'empressa de ne pas faire le traitement prescrit.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans et demi, atteinte depuis quelque temps de gêne respiratoire et d'épistaxis.

L'aspect de cette malade fait conclure l'auteur de suite à l'existence des végétations adénoïdes. L'examen fait confirmer le diagnostic : la cavité naso-pharyngienne est remplie d'une

masse mollasse, dont la consistance est absolument semblable à celle de végétations adénoïdes. Vu l'existence d'une cardiopathie avancée et entrevoyant la possibilité d'une hémorrhagie importante, l'auteur se refuse à toute intervention, alléguant comme prétexte, qu'à cet âge, une tumeur de cette nature doit tendre naturellement à une régression spontanée.

Deux mois plus tard, l'auteur revoit l'enfant qui présente alors une perforation du voile du palais, sur la nature de laquelle la méprise n'était plus possible.

Comme le remarque avec juste raison Garel, une erreur de diagnostic, dans de pareilles conditions, peut devenir la cause d'ennuis sérieux pour le médecin [1].

Chez le nourrisson, il faudra distinguer le jetage séro-sanguinolent et odorant dû au catarrhe syphilitique, des sécrétions muqueuses ou muco-purulentes dues à l'existence des végétations adénoïdes. La présence d'autres symptômes et les antécédents des parents contribueront à mettre sur la voie du diagnostic.

Dans un grand nombre de cas, l'obstruction nasale due aux différentes causes dont nous avons parlé plus haut (catarrhe naso-pharyngien, rhinite hypertrophique avec développement excessif des cornets inférieurs, surtout de leurs extrémités postérieures, déviations et éperons de la cloison, atrésie congénitale des fosses nasales, etc.) se traduit par des symptômes analogues à ceux qu'on observe dans les végétations adénoïdes.

L'examen méthodique et minutieux des fosses nasales, combiné au toucher digital, permettra toujours de faire un diagnostic exact.

[1] Garel. — Syphilis héréditaire simulant les végétations adénoïdes. Communication faite à la Société Française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie, le 4 mai 1890.

PRONOSTIC

Le pronostic des végétations adénoïdes est grave, surtout par les complications dans le voisinage et à distance qu'elles peuvent entraîner, qu'elles entraînent presque toujours.

L'affection abandonnée à elle-même cause, dans un grand nombre de cas, comme nous l'avons vu dans la symptomatologie, les désordres les plus variés et les plus graves : elle défigure, aplatit la poitrine, infléchit la colonne vertébrale, déforme le massif facial, entrave l'hématose, prédispose aux otorrhées rebelles, aux bronchites à répétition, à l'emphysème, à la tuberculose, aux troubles nerveux, — arrête en un mot le développement physique et intellectuel de l'enfant.

En présence des troubles si nombreux et si graves de cette affection, il semblerait que tous les médecins devraient être d'avis d'intervenir de bonne heure pour en supprimer radicalement la cause.

Malheureusement, comme nous l'avons martelé plus d'une fois au cours de ce travail, malgré qu'il existe peu de maladies qui aient fait l'objet de tant de publications, communications et discussions, bon nombre de médecins ne connaissent encore cette grave affection que par son nom et ne se doutent même pas de la grande responsabilité qu'ils encourent en se croisant les bras et en négligeant les désordres qui deviennent souvent irréparables et qu'un coup de curette donné en temps opportun aurait sûrement conjurés.

D'autres, d'un esprit timoré ou rebelle, tout en connaissant le retentissement des végétations adénoïdes, abandonnées à elles-mêmes, sur les fonctions les plus importantes de l'organisme, prêchent quand même l'abstention de toute opération, en se basant sur la soi-disant tendance de ces tumeurs à disparaître « *chez tous les porteurs* de cette affection » à l'âge de

puberté. Or, nous l'avons déjà dit, et nous ne saurions trop le répéter, il faut s'élever avec la dernière énergie contre cette mauvaise pratique de l'expectation.

Agir de cette façon, même si la régression spontanée des végétations avec l'âge était prouvée pour tous les cas, c'est laisser s'installer bénévolement et devenir définitifs les désordres fonctionnels et les déformations faciales et thoraciques; c'est exposer l'enfant à porter toute sa vie des stigmates indélébiles de déchéance, c'est laisser au temps le soin d'éteindre l'incendie lorsqu'il ne reste plus que des ruines.

Si, en effet, chez les enfants encore jeunes, les déforma-



Figure 6.

tions squelettiques produites par les végétations adénoïdes sont, dans la majorité des cas, réparables, comme chez le sujet représenté par la figure 6, qui vit disparaître quelque temps après notre intervention non seulement la surdité, mais aussi, avec la béance de la bouche, le faciès hébété dont, à vrai dire, il souffrait autant que de sa surdité, dans d'autres cas, avec le progrès de l'âge, les stigmates osseux deviennent indélébiles.

Ainsi, chez les sujets représentés par les figures 7 et 8, opérés dans notre clinique, et qui appartiennent à la catégorie de ceux que nous avons pu suivre pendant de longs mois après l'opération, l'intervention, malheureusement tardive, tout en guérissant la surdité et les troubles respiratoires n'a influé que très faiblement, surtout chez le malade plus âgé, sur les déformations acquises.

Tel est aussi le cas de la jeune fille dont nous donnons

ci-contre les portraits (face et profil) et que nous avons opérée des végétations adénoïdes, à l'âge de dix-sept ans (fig. 9).



Figure 7.

L'arrêt du développement des maxillaires supérieurs a déformé chez cette malade le maxillaire inférieur, par suite de



Figure 8.

l'articulation défectueuse des dents et a produit une asymétrie très prononcée de la figure.

L'opération tardive dans ce cas a eu pour effet de remédier aux désordres de la respiration et de l'audition et de modifier avantageusement le segment supérieur de la figure ; mais elle

était impuissante, tout en apportant une certaine amélioration, à guérir définitivement la déformation du maxillaire inférieur.





Figure 9.

On aurait tort, cependant, de tirer de ce qui précède des conclusions par trop pessimistes, et surtout, de se refuser à intervenir sous prétexte de l'incurabilité des lésions produites par les végétations.

Sans parler de ce fait que l'ablation des végétations, quel que soit l'âge du malade, peut toujours faire disparaître la totalité ou un grand nombre de symptômes fonctionnels qui font le désespoir des malades et de leur entourage, il peut arriver chez des sujets âgés de moins de vingt ans, que même les lésions du massif facial qui paraissent indélébiles guérissent complètement et sans laisser la moindre trace. L'observation suivante est à ce point de vue très caractéristique.

Mlle X..., âgée de dix-sept ans et deux mois, a été amenée à



Figure 10. Figure 11.

notre consultation par sa mère. Prédominance des symptômes respiratoires et nerveux. La jeune personne est pâle, chétive, rabougrie, aplatie; les yeux sont sans expression, les traits effacés, la mâchoire inférieure pendante et poussée en avant (fig. 10).

Ablation de végétations considérables.

Quelques mois après l'intervention, la transformation qui s'était opérée en elle tenait vraiment du merveilleux. Nous avons retrouvé une jeune fille resplendissante de santé, aux joues roses, au teint éclatant, aux yeux brillants et expressifs (fig. 11).

Actuellement, deux ans après l'opération, le changement est tel, que les personnes qui n'ont pas eu l'occasion de la voir pendant ce laps de temps, la reconnaissent difficilement.

Notons encore, avant de terminer, la transformation toujours possible, chez l'adulte, des végétations adénoïdes en tumeurs malignes observée par Delie [1], Cozzolino [2], Castex [3], Monbouyran [4], Corradi [5], nous-même, etc.

Quel que soit donc l'âge du malade atteint de cette affection, qu'il s'agisse d'un nourrisson, d'un adolescent ou d'un adulte, le pronostic des végétations adénoïdes abandonnées à elles-mêmes est toujours grave : elles frappent l'enfant de déchéance et l'atteignent aux sources mêmes de la vie ; par les complications de voisinage elles rendent difficile à l'adulte la vie sociale ; elles assombrissent l'âge mûr par des infirmités précoces et irréparables.

(1) Delie. — Soc. belge de Laryn., 17 mai 1891.
(2) Cozzolino. — XIIe Congrès Int. de Méd. de Moscou.
(3) *Bull. Soc. franç. d'Otol. Laryn., et Rhinol*, 1889.
(4) Monbouyran. — Cas cité par Castex. *L. c.*
( ) Corradi. — *Revue de Moure*, 1893, n° 4.

TRAITEMENT

En présence, d'un côté, du pronostic si sombre des végétations adénoïdes abandonnées à elles-mêmes, et, d'un autre côté, des innombrables améliorations, guérisons et transformations prodigieuses obtenues chez les adénoïdiens par une intervention chirurgicale, opportune et radicale, il était permis de croire que, désormais, à moins de nier l'évidence, non seulement aucune objection sérieuse ne saurait être soulevée contre ce traitement de choix — le seul sûr, efficace et inoffensif — mais que l'opération elle-même, réglée dans ses moindres détails, cesserait d'être l'apanage des spécialistes seuls et entrerait, au même titre que l'amygdalotomie, dans le cadre de la chirurgie courante.

Il est loin d'en être ainsi. Non seulement, comme nous le verrons plus loin, lorsque nous traiterons du traitement chirurgical, le procédé opératoire varie avec le chirurgien — chacun défendant et prônant éloquemment sa méthode à l'exclusion de toute autre — mais la *nécessité même de l'opération* est encore mise en doute par certains confrères, soit par entêtement, soit par ignorance.

Confondant les végétations adénoïdes avec des *poussées d'adénoïdites*, encouragés par la pusillanimité des malades et la frayeur de l'entourage, ils opposent — avec des statistiques à l'appui — à l'intervention chirurgicale qui débarrasse en quelques secondes l'enfant de son affection et qui prévient des complications rebelles et redoutables, les vertus et les bienfaits d'un soi-disant traitement médical.

Or, il faut le dire bien haut, le traitement médical des végétations adénoïdes — et nous allons le démontrer —

n'existe que dans l'imagination de ceux qui cherchent à le faire prévaloir.

« Le traitement médical n'a jamais guéri un seul adénoïdien. Il bénéficie d'une erreur de diagnostic très fréquente qui confond la végétation adénoïde et l'adénoïdite, et qui, voyant des végétations chez tout enfant, dont le nez est obstrué, s'imagine qu'il les a guéries toutes les fois que le nez se débouche sous son influence. De là ses prétendus succès ; ils valent ceux des pommades fondantes qui dissolvent les cancers. (1) »

TRAITEMENT MÉDICAL

Le traitement médical appartenant à la catégorie des morts récalcitrants qu'il faut tuer plusieurs fois pour avoir la certitude d'en être débarrassé pour toujours, nous allons l'exposer dans ses grandes lignes, d'après les ennemis de la pince et de la curette.

Pour donner le maximum d'effet, le soi-disant traitement médical doit être, dit-on, local, général et prophylactique.

TRAITEMENT LOCAL

Le traitement local a lieu par le nez ou par la bouche. Il comprend ordinairement :

1° Les irrigations nasales antiseptiques pratiquées habituellement avec le siphon de Weber ;

2° Les gargarismes, les pommades et les poudres antiseptiques ;

3° Les badigeonnages du cavum avec un pinceau imbibé d'une solution caustique, ou simplement antiseptique.

(1) Lermoyez. — Thérap. des maladies des fosses nasales, etc.

Irrigations nasales avec pression. — La douche naso-pharyngienne peut être considérée comme le hors-d'œuvre du traitement médical des végétations adénoïdes. Tout traitement médical qui se respecte commence toujours par la douche de Weber. Peu de malades échappent à son action bienfaisante ! !

Ce traitement est, en effet — dans le cas où le cavum est encombré de végétations — le moyen par excellence de faire éclater une otite moyenne aiguë, à laquelle le malade, non traité médicalement, aurait peut-être pu échapper indéfiniment.

Le mécanisme de la production des otites moyennes aiguës est, dans de pareils cas, excessivement simple. L'eau, lancée dans une narine sous une certaine pression, est gênée dans sa circulation par les masses adénoïdiennes; ne pouvant s'écouler par l'autre narine et ne trouvant d'autre issue que la trompe, elle y pénètre facilement et y entraîne toutes les sécrétions infectieuses qu'elle rencontre sur son chemin.

La douche naso-pharyngienne avec pression doit donc être prescrite, dans ces cas, d'une façon absolue.

« Si le malade — comme le remarque avec juste raison Lermoyez — refuse de courir des risques pour guérir, plus encore il doit éviter des dangers qui ne guérissent pas. »

Sur ce point, le médecin à cheval sur le « primo non nocere » doit être intraitable et s'opposer de toutes ses forces à ces pratiques que l'habitude, l'ignorance, et, souvent, le désir de faire quelque chose, ont malheureusement rendu trop classiques.

Gargarismes, pommades, poudres antiseptiques. — Les gargarismes, les pommades antiseptiques et la désinfection dite sèche par des poudres, lancées dans le cavum par le nez ou par la bouche, sont, associés au traitement diététique et antifébrile et à la désinfection du tube digestif, d'excellents moyens pour lutter contre des poussées d'adénoïdites, mais ils sont impuissants contre les végétations elles-mêmes.

Tous ces moyens ne peuvent certes pas nuire; mais ils ne peuvent jamais améliorer, ni à plus forte raison guérir les troubles fonctionnels nombreux et variés, provoqués par les végétations adénoïdes.

Badigeonnages. — Les badigeonnages avec des solutions caustiques ou antiseptiques (solutions concentrées de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, de glycérine iodée, de teinture d'iode, etc.) ont joui, à un moment donné, et jouissent encore maintenant, chez certains confrères, d'une très grande vogue qui est loin d'être méritée.

Le traitement qui a fait le plus de bruit est celui qui a été préconisé par le Dr Marage à la tribune de l'Académie de Médecine et qui consistait en badigeonnages du cavum avec un mélange à parties égales d'eau et de résorcine (1). En six à dix séances au plus, tous les deux ou trois jours, le tissu adénoïdien hypertrophié disparaissait comme par enchantement. L'intervention sanglante devenait inutile : le spécifique de la maladie était trouvé ! !

« On avait vu des pères de famille (des médecins, cela va sans dire) venir demander de ne pas enlever les végétations de leurs enfants, mais de leur appliquer ce traitement (Brindel). »

Nous avons expérimenté sur une grande échelle les badigeonnages à la résorcine, aussi bien dans notre clinique que dans notre clientèle privée. *Pas une seule fois*, nous n'avons observé la disparition des végétations sous l'influence de ce traitement.

Les résultats observés par d'autres auteurs qui appliquaient ce traitement d'une façon systématique sont identiques aux nôtres.

Chaumier, dans le but de corroborer l'efficacité de cette méthode, prit plusieurs enfants atteints de végétations adénoïdes typiques et les badigeonna soigneusement suivant les indications du Dr Marage. Dans aucun cas, même après quatorze séances, il n'obtint la moindre amélioration ; le cavum était aussi obstrué qu'au début du traitement et il fallut procéder au curettage. L'auteur conclut à l'insuffisance absolue du traitement (2).

Lermoyez raconte que les plus grandes végétations qu'il ait rencontrées chez un enfant, avaient été résorcinées pendant plusieurs mois (3).

(1) Marage. — Communication à l'Académie de Médecine. Avril 1895.

(2) Chaumier. — Ce qu'il faut penser du traitement des végétations adénoïdes par la résorcine. *Méd. mod.*, n° 103, 1895.

(3) Lermoyez. —Thérapeutique des maladies des fosses nasales, etc., page 342, 1896.

Mais l'observation la plus typique qui démontre, aussi bien par la clinique que par l'histologie, l'insuffisance absolue de ce traitement « qui mérite d'aller rejoindre ses congénères dans les profondeurs des cartons » a été recueillie par Brindel à la Clinique laryngologique de la Faculté de Bordeaux ([1]).

« Un jeune homme de dix-sept ans, *des plus patients*, chez lequel l'examen rhinoscopique était excessivement facile à pratiquer, présentait une hypertrophie des deux amygdales palatines et d'énormes végétations adénoïdes, assez molles cependant au toucher. Les attouchements à la solution de résorcine parurent des plus faciles à pratiquer, sous le contrôle du miroir. Le malade y mit de la bonne volonté; on lui badigeonnait le naso-pharynx trois fois par semaine.

Le traitement dura deux mois et demi; il fut interrompu par un accident survenu au malade, mais l'épreuve fut jugée suffisante. Bien que l'attouchement fut immédiatement suivi de la formation d'une coloration blanchâtre sur les surfaces touchées, l'amygdale pharyngée n'éprouva pas la moindre diminution de volume.

L'examen microscopique des végétations enlevées a permis de constater que la plus grande partie de l'étendue de la surface externe était revêtue d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles très mince, c'est-à-dire d'un épithélium normal. *Dans toute la végétation il n'existait pas de trames de tissu fibreux.*

La persistance d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles mince sur la presque totalité de la périphérie et l'absence de lames de tissu fibreux indiquaient bien, avec la persistance du volume total de la végétation, *le peu d'efficacité des applications de résorcine dans l'espèce.* »

En résumé, les badigeonnages à la résorcine conseillés par M. Marage (comme du reste toutes les autres médications topiques), peuvent seulement servir à diminuer la crainte des parents et à amorcer, par les relations journalières que le traitement entraîne, leur confiance, car, une fois sous l'influence suggestive du médecin, ils finissent souvent par accepter, en constatant l'échec (prévu) du précieux médicament (!), l'intervention chirurgicale.

([1]) Brindel. — *Revue de Laryngol*, etc., 1896, page 892.

L'indication de la résorcine étant ainsi réduite à sa plus simple expression, nous préférons, lorsque le besoin d'un traitement moral se fait sentir, avoir recours aux badigeonnages pharyngiens avec une solution antiseptique quelconque qui, tout en ne promettant rien, nous permet d'obtenir le résultat voulu.

Ce traitement préparatoire faisant partie de l'intervention chirurgicale, peut être employé aussi bien dans la clinique, que dans la clientèle privée.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Excellent comme adjuvant à l'ablation des végétations, pour parfaire le rétablissement du petit malade, le traitement général est impuissant contre l'affection elle-même et contre ses nombreuses complications. L'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, les eaux du Mont-Dore, de Challes, de Cauterets, de Salies-de-Béarn rendent de très grands services, mais à condition que l'enfant soit préalablement opéré.

« Dans cette affection si banale, le traitement thermal agit favorablement sur les poussées paroxystiques subaiguës qu'il modère assez bien, mais son action n'est vraiment efficace qu'après le traitement chirurgical [1] ».

Tonifions donc nos petits malades, mais faisons-les respirer avant !

Comme le dit avec juste raison Frenche, il n'y a pas de meilleur tonique que *le rétablissement de la respiration nasale par l'ablation des végétations adénoïdes pratiquées le plus tot possible.*

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

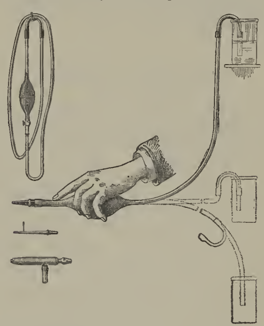
Toutes les mesures prophylactiques qui ont pour but de prévenir des poussées d'adénoïdites qui se greffent sur les végétations et qui éclatent souvent sous l'impression du froid,

[1] Escat. — Indications et contre-indications du traitement hydro-minéral dans les maladies de la gorge etc. *Arch. de Méd. et de Chir. spéc.* Sept. 1901.

8

de l'humidité, des brumes, des refroidissements, des maladies infectieuses, etc., sont d'une incontestable utilité. Pratiques hydrothérapiques, cures climatériques, précautions contre le froid, antisepsie naso-bucco-pharyngienne peuvent prévenir les diverses complications qui sont fonctions d'adénoïdites, mais elles sont sans action sur les végétations elles-mêmes et sur les troubles que leur présence détermine.

On ne saurait donc jamais trop conseiller aux malades



Figures 12 et 13. — Enéma-Siphon ou injecteur mono-manuel, à pression volontairement variable, réunissant les avantages de la seringue, de l'énéma et du siphon, sans en avoir les inconvénients.

suspects de végétations adénoïdes, et chez lesquels, pour une raison ou pour une autre, l'intervention doit être différée, de faire régulièrement de l'antisepsie naso-bucco-pharyngienne.

Cette pratique, ainsi que le mot par lequel nous la désignons, étant née dans notre clinique, nous allons la décrire brièvement :

1° Faire matin et soir, à l'aide d'un appareil injecteur quelconque, ou mieux encore, à l'aide de l'énema-siphon (qui reunit tous les avantages des appareils injecteurs connus, sans

avoir aucun de leurs inconvénients (fig. 12 et 13) une injection nasale — nous disons nasale et non naso-pharyngienne — avec de l'eau boriquée, suivie d'une douche pharyngienne.

En se servant, pour faire la douche nasale, de notre canule auriculaire à arrêt (fig. 14) qui ne bouche pas la narine, on peut faire, en mettant la canule tantôt à droite, tantôt à gauche, un lavage nasal et même naso-pharyngien sans pression, et, partant, sans le danger que nous avons signalé plus haut en parlant de la douche de Weber.

Avec le même appareil, en appliquant l'arrêt de la canule sur les dents, on fait le lavage pharyngien d'une façon simple que le malade apprend vite à exécuter lui-même.

Le maniement mono-manuel de l'enéma-siphon et la différence d'action qu'on obtient en mettant le récipient au-dessus,



Figure 14. — Canule à arrêt, modèle pour les adultes, aussi utile pour les injections auriculaires que pour les douches pharyngiennes et naso-pharyngiennes.

au niveau ou au-dessous de la tête (fig. 13) du malade fait de l'enéma-siphon l'appareil idéal pour obtenir le but qu'on cherche à atteindre.

2° Faire plusieurs fois par jour *ad libitum*, et au moins, matin, midi et soir, des pulvérisations nasales et pharyngiennes avec de l'huile de vaseline légèrement mentholée (1 p. 100) en se servant du pulvérisateur avec bouchon en verre et embout métallique stérilisable (fig. 15). A la moindre menace d'adénoïdite, on peut remplacer cette solution par des solutions faibles de sublimé, pour lesquelles, vu la toxicité de ce médicament, nous conseillons l'emploi de notre pulvérisateur à ampoules, que nous avons fait construire par Waast, et qui permet — grâce au dosage exact de chaque ampoule — d'en confier la pratique aux malades eux-mêmes (fig. 16).

Dans les familles où nous croyons utile de soutenir la tension morale par une occupation de tous les instants, nous conseillons des pulvérisations antiseptiques, *calmantes* ou

anesthésiantes, aussi souvent répétées que leur hypersécrétion de sensiblerie maladive l'exigera.

Cette pratique, en diminuant et chez l'enfant et chez son entourage la crainte excessive de la douleur, mauvaise conseillère dans l'espèce, permet d'opérer sans anesthésie dans certains cas, où la famille, par trop pusillanime, paraît, de prime abord, intraitable.

Dans une communication faite en 1895 au Congrès de Bou-



Figure 15. — Modèle avec bouchon en verre et embouts métalliques stérilisables du Dr Suarez de Mendoza.

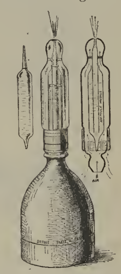


Figure 16. — Modèle avec ampoules dosables et stérilisées du Dr Suarez de Mendoza.

logne-sur-Mer, Ladreit de Lacharrière et Castex ont insisté sur les heureux effets de l'air marin sur le processus adénoïdien [1].

Par contre, Gellé et Moure ont signalé les dangers du séjour au bord de la mer, au point de vue de l'aggravation des troubles provoqués par les végétations.

Moure, entre autres faits, cite celui d'une fillette chez laquelle un séjour au bord de la mer avait été manifestement cause d'une poussée d'adénoïdite. Avant la mer, l'opération

[1] Ladreit de Lacharrière et Castex. — Traitement marin dans les affections du larynx, du nez et des oreilles. Congrès de Boulogne-sur-Mer, 1895.

était discutable ; après la mer elle ne l'était plus, et l'auteur dut intervenir. (1)

Nos observations personnelles, ainsi que celles d'autres auteurs, corroborent les faits signalés par Moure.

Gellé a eu l'occasion de constater très souvent la fâcheuse influence de l'air marin sur les malades atteints d'affections auriculaires (2).

Wagnier (3) a observé plusieurs cas où les familles, hésitant à laisser pratiquer l'opération qu'il avait conseillée, menaient leurs enfants aux bains de mer. Cet auteur a toujours retrouvé, au retour, les végétations non modifiées et parfois augmentées de volume.

Pierre (de Berck-sur-Mer) cite plusieurs cas de végétations adénoïdes qu'il a eu récemment l'occasion de traiter (4) et qui prouvent d'une façon nette et péremptoire l'absolue inutilité du traitement médical et la fâcheuse influence, dans ces cas, de la vie sur la plage.

Le résultat du traitement médical (pommade boriquo-mentholée, gargarismes à l'iode ou à la résorcine, ou même attouchement, aux mêmes substances, dans la gorge, etc.) *avait été nul.*

Les petits malades étaient venus à la mer, les uns envoyés par leur médecin, les autres, sur l'initiative des parents désireux d'essayer d'un changement d'air. L'air marin *avait encore aggravé les symptômes.*

Il résulte de tout ce qui précède que le traitement médical, sous sa triple incarnation : local, général et prophylactique est sans aucune valeur et ne doit être employé que comme traitement d'attente, quand des circonstances de force majeure l'imposent

Par le temps qu'il fait perdre sans profit pour le malade et par les troubles qu'il laisse s'installer, il peut devenir dangereux.

Par contre, associé au traitement chirurgical, il peut rendre de grands services et aider puissamment à la guérison et au rétablissement complet du malade.

(1) Congrès annuel de la Soc. franç. d'Otologie et de Laryngologie. 1895.
(2) Gellé. — *L. c.*
(3) Wagnier. — *L. c.*
(4) Traitement de l'adénoïdite chronique infantile. *Arch. Intern. de Laryngol., d'Otologie et de Rhinologie.* 1902, p. 371.

La seule conduite vraiment rationnelle que le médecin doit tenir lorsqu'il se trouve en présence d'une cavité naso-pharyngienne remplie de végétations adénoïdes, c'est de *procéder le plus tôt possible à leur ablation par une intervention chirurgicale.*

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous avons insisté dans le précedent chapitre sur l'inanité du traitement médical des végétations adénoïdes — traitement souvent dangereux et toujours inutile — ainsi que sur la nécessité absolue d'une intervention radicale, la seule rationnelle et efficace pour venir à bout des innombrables troubles engendrés par cette affection en apparence bénigne.

Quelles sont les conditions dans lesquelles cette intervention s'impose ?

Quels sont les cas où l'on doit s'abstenir ?

En d'autres termes, quelles sont les indications et les contre-indications opératoires ?

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

L'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas où il existe des symptômes morbides caractéristiques provoqués par les végétations adénoïdes, ainsi que dans ceux — forme latente — où l'on découvre des tumeurs adénoïdes volumineuses qui, bien que n'occasionnant pas encore de symptômes caractéristiques, peuvent faire craindre des complications à l'avenir.

Exposer tous les cas où l'intervention s'impose c'est reproduire de nouveau tous les symptômes directs et éloignés par lesquels cette affection se manifeste chez le nouveau-né, chez l'enfant et chez l'adulte.

Or, nous avons suffisamment insisté sur la symptomatologie des végétations à tous les âges — cette « Iliade de maux »

suivant l'expression de Bouchard — pour qu'il y ait besoin d'y revenir encore une fois.

Aussi nous bornerons-nous à énumérer seulement les symptômes qui posent les indications les plus urgentes d'une intervention chirurgicale. Ce sont :

1° *Chez le nourrisson :* la perte de la faculté de téter, le dépérissement, la « cachexie adénoïdienne » ;

2° *Chez l'enfant :* les troubles auriculaires, respiratoires et nerveux ; les déformations du massif facial, du thorax et de la colonne vertébrale ;

3° *Chez l'adulte :* la dureté de l'ouïe, le catarrhe naso-pharyngien avec obstruction nasale et abondantes secrétions mucopurulentes ; les troubles phonétiques ; les troubles neurasthéniques.

Pour tout médecin tant soit peu expérimenté qui a eu l'occasion de suivre un certain nombre d'adénoïdiens, l'indication opératoire se posera avec une telle netteté, qu'aucune hésitation ne pourra se produire.

Parmi le nombre restreint des contre-indications, les unes peuvent être considérées comme provisoires, les autres comme définitives.

La coexistence d'une poussée d'adénoïdite, d'un catarrhe aigu ou subaigu des voies respiratoires, d'une otite aiguë, d'un état fébrile sont autant de causes qui commandent l'ajournement de l'opération.

Il faudra aussi différer l'intervention toutes les fois où l'on constatera l'existence d'une épidémie familiale de scarlatine, rougeole, coqueluche, diphtérie, grippe, etc. Bar (de Nice) a rapporté au Congrès otologique de Florence l'histoire d'un malade opéré pendant une épidémie de grippe. Il y eut une otite double compliquée de mastoïdite et l'on fut sur le point de trépaner l'apophyse (¹)

On surseoira aussi à l'opération dans le cas où une femme serait à la veille, ou au moment du flux cataménial. Sans cette réserve, on risquerait des hémorrhagies opératoires (Castex).

Le petit volume des végétations ne constitue pas une contre-

(¹) Bar. — Cité par Helme. Comm. à la Soc. d'Otol., etc., 1896.

indication absolue. Il y a de petites végétations qui causent des troubles sérieux.

Helme cite le cas d'un enfant d'un confrère de province, dont l'ouïe a baissé peu à peu depuis quelque temps. L'enfant était porteur de quelques petites végétations, mais l'état général était bon. L'absence de symptômes subjectifs contre-indiquaient l'intervention. En désespoir de cause on se décida pourtant à faire l'opération et l'audition s'améliora d'une façon inespérée ([1]).

Ce n'est donc que dans les cas, relativement rares, où les végétations sont bien supportées et ne donnent lieu à aucun symptôme (soit parce qu'elles sont en petite quantité, soit parce que le squelette naso-pharyngien est large) que l'intervention peut paraître douteuse.

Certains auteurs opèrent quand même. En ce qui nous concerne, nous conseillons la temporisation tout en faisant surveiller d'une façon intelligente l'état général et la fonction auditive de l'enfant.

L'hémophilie avérée, le diabète et les affections cardiaques graves, l'albuminurie et la tuberculose pulmonaire (Lermoyez) doivent être considérés comme des contre-indications définitives. Toute tentative opératoire peut être suivie dans de pareils cas de complications graves.

Cependant, chez les enfants atteints de tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, avant de les soumettre à une cure active, on devra, si la présence des végétations gêne sérieusement la respiration, passer outre et rétablir la perméabilité naso-pharyngienne.

Nous avons dû, à plusieurs reprises, agir de la sorte, et nous n'avons eu qu'à nous en féliciter.

FAUT-IL OPÉRER EN UNE OU PLUSIEURS SÉANCES ?

L'ablation des végétations adénoïdes doit, autant que possible, être achevée en une seule séance. Les prises isolées fatiguent et démoralisent le malade qui, après une ou deux

([1]) Helme. — Traitement des Vég. ad. Rapport à la Soc. Française d'Ot., etc., 1895.

séances, par crainte de douleur, se refuse même à un simple examen. « Opérer en plusieurs séances, c'est faire souffrir plusieurs fois les malades, c'est multiplier les chances d'accidents post-opératoires, c'est, en un mot, faire plusieurs opérations au lieu d'une seule. A chaque nouvelle opération, surtout chez l'enfant, la douleur est plus vive, la résistance plus grande, et le résultat moins bon. D'ailleurs, la réaction post-opératoire est aussi peu marquée après un nettoyage total, qu'après un déblayage partiel du cavum. Il n'y a donc rien à gagner à faire une opération fractionnée [1]. »

FAUT-IL OPÉRER AVEC OU SANS ANESTHÉSIE ?

Malgré les grands progrès accomplis dans l'art d'anesthéthésier, le nombre d'accidents mortels causés par les anesthésiques est resté sensiblement le même que pendant les années qui suivirent immédiatement la grande découverte des propriétés insensibilisatrices de l'éther et du chloroforme.

Certes, les précautions dont s'entourent aujourd'hui les docteurs ès-anesthésie — qu'ils nous pardonnent cette appelation qui n'a rien d'ironique — est une garantie de sécurité relative pour le malade; mais on connaît le rôle que la fatalité peut jouer dans certaines circonstances tragiques où la volonté, la prévoyance, l'intelligence et le savoir restent désarmés et impuissants et où le destin cruel se déclare plus fort que toute la science humaine.

Aujourd'hui, comme il y a soixante ans, il est donc permis de dire que la question de vie ou de mort est toujours posée lorsqu'on a recours aux anesthésiques.

Mais, quoique les dangers que présentent les anesthésiques soient réels, incontestables et incontestés, nous croyons que l'idée ne pourrait venir aujourd'hui sérieusement à personne de contester les immenses avantages, les bienfaits inappréciables de l'anesthésie générale, lorsque celle-ci comporte une indication impérieuse, lorsqu'il s'agit de soustraire un malade à la dépression dangereuse, à l'asthénie redoutable résultant

(1) Lermoyez. — Thérap. des mal. des fosses nasales, t. II.

de la douleur intense et épuisante, qui a été de tout temps la compagne inséparable de toute intervention chirurgicale laborieuse et prolongée.

Si une mort foudroyante arrive dans ces circonstances — pourvu que la cause n'en réside pas dans l'oubli des précautions les plus élémentaires — quel sera l'homme au cœur loyal et à la conscience droite qui voudra en faire un grief au chirurgien?

Il en sera autrement si, dans une opération peu douloureuse et promptement exécutée, le chirurgien commettra l'imprudence de recourir à l'anesthésie générale et de faire courir au malade une chance de mort, si faible fût-elle, soit pour lui dérober la vue des instruments, soit pour lui épargner une souffrance de quelques instants, facilement supportable à l'état de veille.

Quelles excuses invoquera-t-il, en cas de mort, devant les parents qu'il rassurait, sans restriction, quelques instants auparavant, sur l'issue de l'opération ?

Par quel raisonnement spécieux apaisera-t-il sa conscience?

Parmi les opérations où la narcose est un luxe et où son emploi peut laisser, en cas d'accident, des regrets éternels et même parfois briser la carrière et la vie d'un médecin débutant, on doit classer l'ablation des végétations adénoïdes.

Depuis de longues années, nous luttons contre l'emploi des anesthésiques de tout genre dans l'adénotomie. Chaque fois que nous en trouvons l'occasion, nous ne nous lassons pas de répéter que cette opération de courte durée et peu douloureuse doit être faite sans anesthésie locale ou générale, surtout générale, et qu'il est téméraire, pour ne pas dire criminel, de faire courir au malade un danger de mort pour une opération aussi bénigne.

Mais tandis que Urbantschistsch, Schrœter, Schnitzler, Engelmann, Stimmel, Simpson, d'Aguano, Menière, Garel, Noquet, Sebileau et tant d'autres opèrent les végétations sans anesthésie, pensant comme nous que la mise en scène importante et troublante, avec anesthésie, est tout à fait inutile et qu'endormir un malade pour une intervention aussi banale, c'est l'exposer bénévolement à un danger que rien ne peut

justifier, un grand nombre d'auteurs, aussi bien en France qu'à l'étranger, pensent autrement et considérent l'anesthésie générale comme indispensable pour cette opération.

Remarquons tout d'abord que dans le camp de ces derniers l'accord est loin d'être établi en ce qui concerne le choix de l'anesthésique. Tandis que les uns préconisent le protoxyde d'azote, les autres l'éther, les troisièmes le chloroforme, la majorité semble se prononcer pour l'anesthésie au bromure d'éthyle, lequel, prétendent-ils, par la rapidité de son action, l'absence de la période d'excitation et sa compléte innocuité répond le mieux au but qu'on se propose d'atteindre.

Comme il arrive souvent, chacun, avec des statistiques à l'appui, rend un hommage à sa méthode personnelle et se livre à des considérations désintéressées sur les méthodes préconisées par d'autres auteurs, lesquelles ne donneraient qu'insuccès et accidents.

Ainsi, Halloway, dans les opérations de très courte durée, comme l'ablation des végétations adénoïdes, donne la préférence au *protoxyde d'azote*, qui donne, d'après lui, les meilleurs effets.

« Quant au chloroforme, écrit-il, il est généralement admis que, dans les opérations sur le nez et le pharynx, l'anesthésie profonde est inutile et dangereuse. Quelque habile que soit l'aide préposé à l'anesthésie, celui-ci ne pourra jamais régler cette dernière d'une façon assez exacte pour que tous les réflexes, sauf la toux, soient abolis.

Depuis 1892, on a enregistré quinze cas de mort survenue a la suite de l'anesthésie par le chloroforme dans les opérations de la gorge et du nez.

Le chloroforme est dangereux non seulement lorsqu'il est administré à grandes doses, mais aussi quand on l'a donné à petites doses et sous une forme concentrée.

« Quant à l'éther, il doit être aussi absolument rejeté puisqu'il produit une congestion des veines du cerveau, de l'irritation dans les cas d'asthme et de bronchites chroniques, de l'hypertrophie rénale et dans beaucoup de cas une pneumonie. Son emploi est surtout dangereux chez les alcooliques (1). »

(1) *The journ. of laryng., etc.*, sept. 1896 et *Rev. heb. de laryng.*, nº 6, 1897.

Wyatt Wingrave [1] repousse de même tout anesthésique grave, tels que l'éther et le chloroforme dans l'ablation des végétations adénoïdes. D'après cet auteur le protoxyde d'azote est plus que suffisant pour cette opération.

Par contre, Milligan [2] n'approuve pas l'emploi du protoxyde d'azote comme anesthésique. Il préfère l'anesthésie *chloroformique*, le chloroforme étant donné par un expert, le malade couche sur le dos, la tête pendante.

Nourse [3] préfère au chloroforme le *protoxyde d'azote*, qu'il fait suivre de quelques inhalations d'éther lorsque l'anesthésie plus longue est nécessaire. Le malade reste assis.

Barclay-Baron [4] se sert du *chloroforme*, qu'il remplace par l'éther chez les malades ayant des troubles cardiaques. Le malade est couché sur le côté droit, la tête dépassant le bord de la table.

Arslan [5] repousse tous les anesthésiques sauf le bromure d'éthyle. « Le chloroforme et l'éther ne sont pas exempts de conséquences fâcheuses, ils amènent une période d'excitation assez prolongée, les réflexes laryngiens peuvent être abolis pendant une opération si simple; ils laissent après eux des souffrances beaucoup plus désagréables que celles produites par l'opération elle-même.

Les malades qui ont subi la chloroformisation demeurent étourdis; quelquefois, ils sont pris de vomissements, de forts malaises, de céphalées, de vertiges, d'inappétence absolue. Il n'est pas rare de voir ces souffrances durer plus d'un jour. En tout cas on est obligé de mettre les malades au lit et de les faire demeurer tranquilles plusieurs heures avant de les faire transporter chez eux.

Le bromure d'éthyle est incomparablement supérieur à ces substances, de même qu'au protoxyde d'azote.

Lubet-Barbon [6] préconise chaleureusement l'anesthésie

(1) *Assoc. brit. de laryng.*, *etc.*, avril 1897.
(2) Milligan. — *L. c.*
(3) Nourse. — *L. c.*
(4) Barclay-Baron. — *L. c.*
(5) Arslan. — Contrib. statist. à l'étude des vég. ad., comm. au Congrès int. d'otol. à Florence, sept. 1895.
(6) Lubet-Barbon. — Anesthésie par bromure d'éthyle. Soc. fr. d'Otol, etc. mai 1892.

par le bromure d'éthyle. Si cet anesthésique, dans d'autres mains que les siennes, n'a pas donné de bons résultats, disait-il dans le temps, c'est qu'on n'a pas bien saisi la vraie façon de procéder. A en croire la rumeur publique, la confiance que mon honorable confrère et ami avait dans cet agent anesthésique, a été, depuis, légèrement ébranlée.

Lermoyez (1) est également partisan de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, tout en reconnaissant qu'il n'est pas moins dangereux que le chloroforme.

Sibenmann (2) se sert pour la narcose de bromure d'éthyle, lequel, d'après lui, est moins dangereux que le chloroforme.

Autre cloche, autre son ! Decker (3) préfère le chloroforme au bromure d'éthyle, parce que ce dernier irrite davantage les muqueuses, parce que la narcose déterminée par cet agent est de durée trop courte, et, enfin, parce qu'il ne lui semble pas démontré que le bromure d'éthyle soit moins dangereux que le chloroforme.

Rudolf (4) a renoncé à la narcose au bromure d'éthyle pour les raisons suivantes :

1° Les risques inhérents à tout agent anesthésique le sont également au bromure d'éthyle;

2° La narcose procurée par le bromure d'éthyle est tellement courte que, seul, un opérateur exercé peut opérer radicalement dans un espace de temps aussi court;

3° Très souvent, on n'obtient pas de résolution musculaire complète, et alors la contraction de la musculature du voile du palais empêche le maniement de l'instrument et l'exécution de l'examen digital;

4° Les malades se trouvent plus mal à la suite de la narcose au bromure d'éthyle qu'à la suite de l'emploi du chloroforme.

Pour toutes ces raisons cet auteur préfère pratiquer l'ablation des végétations adénoïdes sous le chloroforme par le procédé de Rose, c'est-à-dire la tête pendante, ce qui, d'après

(1) Lermoyez. — Thérap. des mal. des fosses nasales, t. II, p. 349.

(2) Sibenmann. — *Rev. heb. de laryng.*, n° 6, 1892.

(3) Decker. — *Monats. f. Oherenheilk*, n° 1, 1899 et *Rev. heb. de laryng.*, etc., 1899.

(4) Rudolf. — De l'opératisn des veg. ad. en narcose et à tête pendante, in-8°. 8e Réunion de la Soc. d'Otol., mai 1899, et Rev. de Moure 1890.

l'auteur, exclut tout danger d'aspiration de sang et de morceaux de tissu.

Thost, tout en opérant ses malades en narcose chloroformique, condamne par contre le procédé de Rose, d'accord en cela avec Hoppmann et Moritz Schmidt. Il opère toujours la tête droite et non pendante et n'a jamais vu de sang ou des morceaux de tissu aspirés. Il opère dès que le réflexe cornéen est aboli.

Politzer préconise le chloroforme en faibles doses, suffisantes pour étourdir le malade, mais n'abolissant pas le réflexe pharyngien, de sorte que le malade peut rester assis pendant qu'il opère.

Rousseaux a renoncé au bromure d'éthyle parce que le trismus survient avant vingt secondes, et que les enfants souffrent autant des vomissements qu'avec le chloroforme.

Nous pourrions multiplier à l'infini ces citations, mais celles que nous venons de donner suffisent, nous croyons, amplement pour montrer que l'accord parfait ne règne pas parmi les partisans de l'anesthésie générale sur le choix de l'anesthésique.

On objectera que cette discordance est sans importance, que déjà le vieux Montaigne a observé que jamais « ne veid un médecin se servir de la recepte de son compaignon », que chacun suit ses habitudes.

Nous nous permettons de penser autrement. Pour nous, le désaccord complet entre les auteurs en ce qui concerne le choix de l'anesthésique prouve avec la dernière évidence qu'aucun n'a résisté à l'épreuve du temps, qu'aucun n'est exempt ni d'inconvénients ni de dangers.

Le protoxyde d'azote étant peu usité en France, l'éther et le chloroforme s'effaçant, du moins dans ce pays, devant le bromure d'éthyle, qui paraît réunir actuellement presque tous les suffrages, nous croyons utile de nous arrêter un peu plus longuement sur l'emploi de cet anesthésique.

Le danger de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, quoi qu'en disent ses partisans, est aussi réel que celui du chloroforme. Tout comme les autres anesthésiques, le bromure d'éthyle a sa nécrologie.

Tout en n'ayant pas fait de recherches spéciales, nous avons

pu réunir, cependant, très facilement, 10 cas de mort dus à l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Ces cas ont été observés par Roberts (1880) [1], Mittenzweig, 2 cas (1890) [2], Gleich (1892) [3], Hartmann et Bourbon (1893) [4], Kœhler (1899) [5], Doubrovine (1895) [6], Pomerantzeff (1892) [7]; enfin 2 autres cas sont relatés dans le *Bulletin médical* (de 1890) [8] et dans le *Philadelphia Medical Journal* (de 1899) [9].

Nous avons été nous-même témoin oculaire d'une mort foudroyante survenue en quelques secondes, après les premières bouffées du bromure d'éthyle, chez une jeune femme de 28 ans, à laquelle on allait faire un curettage.

D'après la statistique de la mortalité que Gurtl a donné au Congrès de chirurgie allemande de 1893, le bromure d'éthyle ne donnerait que 1 mort sur 4.118 narcoses.

Il résulterait de cette statistique que le nombre des victimes du bromure d'éthyle n'est pas très élevé. Mais nous savons quelle foi il faut accorder à toutes les statistiques officielles, presque toujours fallacieuses. En réalité, les choses se passent autrement. La plupart des cas malheureux qui surviennent tant en ville qu'à l'hôpital ne sont jamais publiés, et il est, par suite, absolument impossible d'établir un chiffre même approximatif.

Ainsi, pendant l'année où nous avons été témoin du cas de mort dont nous avons parlé plus haut et qui a été communiqué à l'Académie de médecine, il s'est produit dans notre entourage médical, 4 cas de mort : 2 par le chloroforme, 1 par le bromure d'éthyle, 1 par la cocaïne, et tous, entre les mains de chirurgiens très honorés.

Aucun ne fut publié.

Depuis 1900, plusieurs cas de mort, dont quelques-uns survenus à Paris, sont de nouveau parvenus à notre connaissance.

(1) Roberts (J.-B.). — *Phil. Méd. Times*, 1880, X, 521-522.
(2) Mittenzweig. — *Zeitsch. f. med. Beamte*, Berlin, 1890, XII.
(3) Gleich (A.). — *Wiener klin Wochensch.* 1892, V, 167.
(4) Hartmann et Bourbon. — *Rev. de chir.*, Paris, 1893, XIII, 701-756.
(5) Kœhler (A.). — *Centralb. f. Chir.*, Leipzig, 1899, XXI, 41.
(6) Doubrovine (W.). — *Vratch*, St-Pétersbourg, 1895, n° 9, p. 264.
(7) Pomerontzeff. — *Khirurgia*, Moscou, 1897, I, 7-44.
(8) *Bull. méd.*, Paris, 1890, IV, 558.
(9) *Philadelphia méd. Journal*, 1899, IV, 367.

Aucun ne fut publié, et cependant de certains on a beaucoup parlé.

Nous tenons, en outre, d'un membre de la Société d'otologie, l'un des plus éminents spécialistes du nord de la France, qui nous honore de son amitié et dont nous avons opéré l'enfant, *sans* anesthésie, des végétations adénoïdes, que, dans l'espace d'une seule année, il a eu connaissance de 3 cas de mort par bromure d'éthyle, survenus dans sa région, pendant l'adénotomie, et *dont aucun ne fut publié.*

D'après Manquat, un auteur allemand a pu réunir 16 cas de mort par bromure d'éthyle pour la seule année de 1893. Ces cas ne doivent pas non plus avoir été publiés, l'auteur ne relatant pas les circonstances dans lesquelles ils sont arrivés.

Si même on fait abstraction de l'issue fatale, toujours cependant possible, les inconvénients que cet agent anesthésique présente sont aussi grands, sinon plus, que ceux de l'éther et du chloroforme.

On a signalé notamment son action pernicieuse sur le cœur et le système vasculaire, sa grande toxicité.

Provoquant une forte congestion de la face et du cou, les opérations pratiquées sur ces régions, l'ablation des végétations adénoïdes en particulier, entraînent souvent des pertes de sang post-opératoires assez abondantes.

On a encore signalé la cyanose, les phénomènes d'asphyxie, l'excitation glandulaire très vive, la sudation, le ptyalisme, le larmoiement, la résolution musculaire incomplète ou tardive, le trismus, etc.

Nous croyons donc qu'il est de notre devoir d'épargner aux malades tous ces désagréments et, surtout, les risques possibles d'un accident mortel.

Si nous passons maintenant aux arguments que les partisans de l'anesthésie donnent pour justifier leur manière de voir, nous voyons qu'ils mettent en avant, tout d'abord, les souffrances des malades. Ils allèguent, en effet, que « bien que le cavum soit peu sensible et que l'amygdale pharyngée hypertrophiée ne contiennent que fort peu de nerfs, l'opération est tout de même douloureuse [1] » et qu'il serait cruel de refu-

[1] Lermoyez. — *Thérapeutique des fosses nasales*, t. II, p. 348.

ser, dans ces conditions, aux opérés les bienfaits de la narcose.

A cette allégation, nous répondrons avec Moure « que ceux qui opèrent sous la narcose ont surtout pour but d'avoir devant eux un sujet docile et immobile plutôt que de chercher à épargner des douleurs à l'opéré.

L'ablation des polypes du nez est autrement désagréable et même douloureuse, malgré la cocaïne, et cependant on ne craint pas de faire souffrir le malade.

Quant à la douleur, lors de l'ablation des végétations, l'opération, d'après les malades eux-mêmes, est peu ou pas douloureuse ».

Depuis de longues années, nous nous livrons à une enquête sur cette question qui nous intéresse tout particulièrement. Nous avons eu l'occasion d'interroger des centaines de malades que nous avons opérés des végétations adénoïdes, sans anesthésie. Tous, ou presque tous, ils ont déclaré que la douleur était si insignifiante, qu'on pouvait la considérer comme quantité négligeable.

A ceux qui tirent leur principal argument, en faveur de l'anesthésie, de l'indocilité du malade, nous dirons d'abord qu'on peut toujours parvenir à surmonter la frayeur et la pusillanimité de certains enfants et adultes nerveux, en leur parlant avec beaucoup de douceur (de laquelle, cependant, la fermeté qui fait pressentir à l'enfant l'inutilité de la révolte ne doit pas être exclue) et en s'efforçant de leur démontrer que l'opération ne deviendra réellement douloureuse que s'ils s'agitent et empêchent le chirurgien d'opérer avec la tranquillité et la promptitude nécessaires.

Dans notre pratique oto-laryngologique, déjà bien longue, nous sommes presque toujours arrivé à gagner de cette façon la confiance de nos petits malades, parmi lesquels il faut compter deux de mes enfants et ma nièce, et à aider leur volonté par une certaine influence morale plus difficile à décrire qu'à mettre en pratique.

Il suffit, du reste, pour s'en convaincre, de voir opérer les enfants non endormis lorsqu'on s'est donné la peine par quelques bonnes paroles et par quelques pansements antérieurs de gagner leur confiance.

En général, l'enfant se prête à l'opération de bonne grâce. Au moment psychologique il fait entendre un ou deux cris, mais, le plus souvent, il ne pousse même pas de cris. Une seule personne suffit pour l'immobiliser, mais nous avons l'habitude de lui faire tenir les mains par un membre de la famille et, le plus souvent, par la mère.

Nous tenons beaucoup à la présence de la mère pendant l'acte opératoire, car cette présence supprime presque toujours le sentiment de détresse qui s'empare de l'enfant, lorsque amené dans la salle d'opération, il se voit entouré du chirurgien et de ses aides, dont la tenue habituelle est peu rassurante, comme on sait, non seulement pour les enfants, mais, très souvent, même pour les adultes.

La tranquillité de l'enfant est toujours suffisante pour exécuter convenablement l'acte opératoire, pourvu, bien entendu, que le chirurgien ait acquis la virtuosité nécessaire pour le faire *cito et jucunde*.

En général, les parents qu'on a convaincus d'avance de l'inutilité de l'anesthésie sont enchantés. Les autres, ceux qui ont accepté l'opération sans anesthésie à leur corps défendant, ne trouvent pas assez de mots pour remercier le chirurgien quand ils se sont rendu compte par eux-mêmes de l'absence de douleur, de la simplicité de l'intervention et du risque que, si l'on avait voulu les écouter, leur enfant aurait couru ; et ils comprennent alors qu'il y a moins de cruauté à refuser l'anesthésie pour une opération aussi bénigne qu'il y a de répréhensible insouciance de la vie humaine à la conseiller à la légère.

Si cruauté il y avait, comme le prétend Lermoyez dans son excellent ouvrage [1], il faudrait que l'anesthésie ne fût pas seulement employée chez les enfants capables de se débattre, mais aussi chez ceux au-dessous de deux ans. Car, bien qu'ils soient à peu près inconscients, très faciles à manier et qu'ils crient autant pour l'introduction de l'abaisse-langue que pour le coup de pince, comme le dit Lermoyez, il ne faut pas oublier que le cri étant pour le nourrisson la seule façon de manifester le mécontentement, le besoin ou la douleur, ce

[1] LERMOYEZ. — *L. c.*, t. II, p. 349.

n'est pas parce que nous ne sommes pas aptes à traduire le sens de son langage que le pauvre petit souffrira moins.

En épousant cet ordre d'idées on pourrait aller trop loin. Il n'y aurait alors que les chirurgiens-polyglottes qui seraient tenus de faire l'anesthésie, car les autres, le plus grand nombre, si l'opéré ne parle pas leur langue natale, pourront le traiter comme un nourrisson, ce qui, tout compte fait, serait, dans l'espèce, tout de même moins cruel, si l'on considère que la cruauté de l'opérateur est en raison inverse de la délicatesse physique, et partant, de l'âge du malade.

Cette petite contradiction que nous avons relevée dans l'ouvrage de l'éminent médecin de Saint-Antoine, nous ferait dire, si partisan de l'anesthésie, nous étions né dans la brumeuse patrie de Shakespeare : *to be or not to be.*

Mais comme nous croyons fermement qu'il ne faut avoir recours à l'anesthésie que dans des cas tout à fait exceptionnels, nous conseillons aux praticiens de faire pour les enfants de deux à quinze ans, ce que M. Lermoyez et son École trouvent faisable et veulent qu'on fasse avant deux et après quinze ans [1].

[1] Notre manière de voir étant diamétralement opposée à celle préconisée par M. Lermoyez et son École, nous nous faisons un devoir de citer textuellement ses paroles, estimant en outre *qu'on trouve dans son argumentation pour défendre l'anesthésie les arguments nécessaires pour la combattre.*

Voici comment M. Lermoyez résume cette question :

Les indications de l'anesthésie découlent surtout de l'âge du malade :

a) *Au-dessous de deux ans*, l'anesthésie est inutile. Les nourrissons sont très faciles à manier, à peu près inconscients, et, du reste, crient autant pour l'introduction de l'abaisse-langue que pour le coup de pince.

b) *De deux à quinze ans,* on doit pratiquer l'anesthésie générale, car elle est à peu près inoffensive chez les enfants, tandis que l'intoxication cocaïnique est à redouter à cet âge. On peut choisir entre le bromure d'éthyle et le chloroforme. Le *bromure d'ethyle,* dont l'action est rapide et fugace, lui est préférable pour une opération aussi courte; il n'est pas moins dangereux, mais il est plus commode; il permet d'opérer l'enfant assis, position qui diminue l'hémorrhagie, et il laisse intacts les réflexes pharyngiens qui préviennent l'entrée du sang dans le larynx. Le *chloroforme* donne à cette intervention l'allure d'une grande opération ; il oblige à opérer le malade la tête déclive, pour éviter la chute du sang dans les voies aériennes; or, cette position augmente beaucoup l'hémorrhagie opératoire.

c) *Au-dessus de quinze ans,* il faut préférer l'anesthésie locale par la cocaïne, soit en badigeonnant le cavum avec un pinceau trempé dans une solution de cocaïne au dixième, soit, ce qui est moins désagréable, en insufflant de la poudre de cocaïne au cinquième en arrière du voile. La cocaïne supprime la douleur locale, mais n'évite pas l'ébranlement de la tête que produit souvent le curettage.

Aux confrères, que nos arguments contre l'emploi de l'anesthésie n'auront pas encore suffisamment convaincus, nous ferons connaître le fait suivant, dont nous garantissons l'authenticité et qui appartient presque au domaine public.

La scène se passe à Paris. Un de nos confrères, laryngologiste habile, appelé auprès d'un enfant atteint de végétations adénoïdes, propose une intervention sanglante qui est acceptée. Le père du petit malade, militaire en retraite, tout en étant rassuré sur l'issue de l'opération elle-même, craint l'anesthésie.

Notre confrère, qui a, ou plutôt, qui avait l'habitude de pratiquer toujours cette opération sous la narcose bromèthylique, lui prouve l'inanité de ses craintes et le rassure complètement.

On procède à l'opération. Dès les premières bouffées aspirées, l'enfant est foudroyé.

Tous les moyens qu'on emploie pour le rappeler à la vie échouent.

Le médecin, de qui nous tenons ce fait, et dont l'honorabilité nous en garantit la véracité, nous a affirmé que le père, en apprenant la fatale nouvelle, ivre de douleur et de désespoir, saisit un revolver et courut dans la salle d'opération avec le ferme dessein de tuer l'homme qu'il considérait comme l'assassin de son fils.

Heureusement, notre confrère, connaissant le caractère du militaire, et pressentant ce qui devait arriver, avait quitté en hâte la maison quelques instants auparavant.

Nous nous sommes laissé dire que le confrère en question n'opère plus les végétations sous la narcose.

Il préfère, sans doute, perdre quelques instants pour dompter un malade indocile que de s'exposer encore une fois à se reprocher la mort d'un homme et à revivre les minutes atroces dont le souvenir lui restera, nous en sommes convaincu, à jamais gravé dans l'esprit.

Il peut, cependant, se présenter des circonstances où le chirurgien se voit obligé, pour des causes tout à fait exceptionnelles, d'avoir recours à l'anesthésie générale pour l'ablation des végétations adénoïdes. Nous-même, nous avons eu recours à l'anesthésie dans plusieurs cas où nous l'avons jugé nécessaire.

Le chirurgien, en effet, ne doit relever que de sa conscience seule et il est toujours le maître de sa conduite.

Toutefois, dans de pareils cas, quand l'indication de l'anesthésie est absolument formelle, si nous pensons que la connaissance du danger anesthésique par la famille peut amener son opposition à l'intervention, et avoir des conséquences funestes, immédiates et inévitables, le chirurgien peut faire accepter l'anesthésie — sans forfaire à son devoir — comme un temps nécessaire de l'opération, et sans chercher à éveiller, dans l'entourage du malade, l'idée du danger.

Mais, dans les cas ordinaires de végétations adénoïdes, où 99 fois sur 100, l'emploi de l'anesthésie générale est un luxe, c'est un crime de ne pas faire sentir à la famille, laquelle en général demande volontiers l'opération sans douleur, que l'intervention sans anesthésie est d'une innocuité absolue, tandis qu'avec l'anesthésie, il y a un risque inévitable qui coûte la vie à un enfant sur 2.000 opérés, pour nous en tenir à la vérité écrite, laquelle, dans l'espèce, est certainement bien au-dessous de la réalité.

Nous sommes convaincu que, dans ces conditions, l'anesthésie générale dans l'opération des végétations adénoïdes deviendra, dans l'immense majorité des cas, l'exception et non la règle.

En nous basant sur plusieurs milliers d'opérations de végétations faites par nous sans anesthésie, sur la simplicité de l'opération habilement pratiquée, et sur les risques inhérents aux anesthésiques en général, et au bromure d'éthyle en particulier, nous ne saurons jamais trop engager les jeunes praticiens à se tenir aux conclusions suivantes :

1° L'anesthésie générale dans l'opération des végétations adénoïdes doit être, en règle générale, considérée comme étant de pratique injustifiée et dangereuse; car nul n'a le droit de faire courir à un être humain un danger de mort pour une opération, dont la durée ne doit se prolonger au-delà de 15 secondes, et dans laquelle la douleur, de l'avis même des malades opérés sans anesthésie, peut être considérée comme une quantité négligeable;

2° Les nombreux cas de mort par le bromure d'éthyle prouvent que le danger de l'anesthésie par cet agent, quoi qu'en

disent ses partisans, est aussi réel que celui du chloroforme;

3° On ne doit avoir recours à la narcose pour l'ablation des végétations adénoïdes, que dans les cas tout à fait rares et impossibles à définir d'avance, lorsque le chirurgien est convaincu, en son âme et conscience, que les circonstances exceptionnelles, inhérentes à l'opéré ou à l'opération, peuvent justifier le danger que la narcose fait toujours courir;

4° Ceux qui pensent autrement, en s'appuyant, de très bonne foi, sur des raisons diverses plus ou moins soutenables, et ceux qui, moins rare qu'on ne le croit, inconsciemment et d'un cœur léger, croient devoir se livrer à une mise en scène importante avec anesthésie pour l'ablation des végétations adénoïdes, devraient toujours se rappeler que l'anesthésie n'est autre chose qu'un empoisonnement limité, premier stade de l'empoisonnement général; *que la dose mortelle peut être éloignée de la dose utile*; *mais que, très souvent, elle peut être proche;* que, parfois, le précipice côtoie le chemin » (Dastre); et que, comme l'a dit Verneuil, *chaque fois que le chirurgien s'approche d'un malade, la compresse anesthésique à la main, il fait naître pour lui des chances de mort;*

5° **Si c'est une faute chirurgicale d'exposer quelqu'un aux risques de l'anesthésie pour une opération banale, peu douloureuse et facilement faisable à l'état de veille, c'est un crime moral d'aggraver cette faute (qui peut amener de mortels regrets), en assurant à l'entourage que l'anesthésie n'offre aucun danger; car notre assurance mensongère fait de la famille le complice inconscient de l'homicide possible.**

CHOIX DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE ET CHOIX DE L'INSTRUMENT

Le nombre de procédés et d'instruments imaginés pour l'ablation des végétations adénoïdes est si considérable, qu'on peut dire, sans être taxé d'exagérer beaucoup, que chaque spécialiste opère d'après son procédé, avec des instruments qu'il a créés, ou qu'il croit avoir créés, et qui ne sont en réalité,

dans la plupart des cas, que des modifications plus ou moins ingénieuses des instruments créés, modifiés ou perfectionnés par un autre spécialiste.

Nous n'avons pas la prétention d'énumérer ici tous les procédés, ni de faire défiler les innombrables instruments imaginés dans un même but.

Nous nous bornerons à décrire les principaux procédés et à signaler les instruments les plus usités.

Tous les procédés opératoires proposés pour l'ablation des végétations adénoïdes peuvent être ramenés à quelques procédés-types.

Ces procédés sont :

1° *L'écrasement avec le doigt, suivi ou non de curettage avec l'ongle naturel ou artificiel* (Guye, Lennox-Browne, Guillaume, etc.).

2° *L'ablation avec le serre-nœud ordinaire, ou plus ou moins modifié* (Chiari, Zaufal, Suarez de Mendoza, etc.)

3° *L'extirpation avec des pinces spéciales* (pinces de Lœwenberg, Chatellier, Suarez de Mendoza, Woakes, etc.).

4° *L'ablation avec des couteaux spéciaux, improprement appelés curettes* (couteaux de Gottstein, Schmidt, Suarez de Mendoza, Lermoyez, etc.).

5° *L'ablation avec des curettes vraies* (curettes de Trautmann, Ruault, Suarez de Mendoza, etc.).

6° *L'ablation avec des instruments automatiques* (adénotome de Schütz, etc.)

7° *La destruction par la cautérisation à l'aide du galvanocautère, de l'électrolyse ou des agents chimiques* (Michel, de Cologne, Schalle, Pierre, etc.).

8° *L'ablation avec des couteaux ou curettes électriques, ou à l'aide de l'anse chaude* (Chatellier, Rousseaux, Garel, etc.).

9° *L'ablation par la méthode mixte : emploi combiné des pinces et des couteaux* (Suarez de Mendoza, Garel, Courtade, etc.)

ÉCRASEMENT AVEC LE DOIGT

La première idée de ce procédé, en apparence simple et peu pénible, appartient à Guye, d'Amsterdam.

Ce procédé consiste à introduire l'index de la main droite dans le cavum, à écraser les végétations avec la pulpe du doigt et à les détacher ensuite par un curettage avec l'ongle.

Dans le but d'éviter toute hémorrhagie, certains auteurs n'effectuent pas cette opération en une seule séance, mais la renouvellent trois ou quatre fois, à plusieurs jours d'intervalle.

Ce procédé inefficace, peu scientifique et d'une asepsie douteuse a eu, à un moment donné, une certaine vogue, surtout en Amérique et en Angleterre.

Ainsi, Lennox Browne renonça à tous les instruments qu'il remplaça par le simple grattage avec l'ongle.

Ce procédé lui aurait permis d'obtenir un nettoyage de toute la cavité naso-pharyngienne plus complet qu'avec n'importe quel instrument [1].

Il est vrai qu'il ajoute que cette opération, toute simple qu'elle est en tant qu'arsenal chirurgical, n'est pas sans danger quand elle est faite par des mains inhabiles.

Trasher et Delavan emploient systématiquement ce procédé, soit seul, soit concurremment avec les pinces [2].

D'après Dalby [3], il faut se servir de l'ongle naturel chez les enfants âgés de moins de cinq à six ans, et de l'ongle d'acier (ongle artificiel s'adaptant à la phalangette de l'index) chez les enfants au-dessus de huit à neuf ans.

Corrardi, médecin de l'hôpital civil de Vérone, a imaginé, dans le même but, un instrument qui a la forme et qui agit à la manière d'une râpe. Cet instrument consiste en une sorte de dé à coudre privé, d'un côté, d'une partie de son dôme : « Sa forme rappelle celle du cartilage cricoïde; sa dimension est

(1) Lennox Browne. *Traité des maladies du larynx*, p. 591.
(2) Trasher et Delavan. — Cités par Mme Magnus. *Thèse de Paris*, 1895,
(3) Dalby. — *Lancet*, nov. 1895.

telle qu'il peut facilement s'adapter à l'extrémité de l'index, de façon que la partie la plus large, qui correspondrait au bouclier du cartilage cricoïde, se trouve sur la face dorsale du doigt. Cette portion présente treize trous environ, disposés sur deux rangs et pratiqués de dedans en dehors. La lame, à sa portée supérieure, est quelque peu recourbée vers le bas, de manière à favoriser l'action de l'instrument sur la paroi supérieure de l'espace naso-pharyngien. Le doigt armé de ce dé est passé derrière le voile du palais et râcle la paroi ([1]) ».

Cet instrument qui, dans la pensée de l'auteur, était appelé à remédier aux divers inconvénients de l'ongle naturel et de l'ongle artificiel, est peu pratique, et aussi inefficace et dangereux que ces derniers.

En France, la méthode d'écrasement avec le doigt a trouvé un partisan convaincu en Guillaume.

D'après cet auteur, l'écrasement des végétations avec le doigt (non suivi de grattage avec l'ongle) aurait pour principaux avantages, dans le cas où il s'agit de tumeurs petites et molles :

1° De permettre à l'opérateur de se rendre exactement compte de ce qu'il fait et de ne pas créer de lésions.

2° De déterminer peu d'hémorrhagie primitive, jamais d'hémorrhagie dans le courant de la journée et jamais d'hémorrhagie secondaire.

3° D'effrayer très peu le malade et d'éviter les récidives en le surveillant.

Cette surveillance des malades dans le but d'éviter les récidives, — surveillance recommandée par tous les auteurs qui préconisent ce procédé, et qui consiste « à faire un deuxième écrasement quinze jours après le premier, et à introduire de nouveau l'index un mois après le deuxième écrasement pour être certain qu'il ne reste rien » (Guillaume) — montre la fréquence des récidives après l'écrasement et est la meilleure condamnation de ce procédé.

On peut dire la même chose de l'écrasement suivi de grattage avec l'ongle naturel ou artificiel, ou avec un autre instrument analogue.

Qu'il s'agisse, en effet, de l'écrasement seul, ou de l'écrase-

([1]) Corrardi. — *Archivio int. de laring*, 1889, et *Rev. heb. de laryng.*, 1889.

ment suivi de grattage avec l'ongle naturel ou artificiel, le procédé est long, malpropre, pénible, brutal, incomplet, et partant, inefficace.

En n'enlevant pas complètement les végétations, on rend les récidives inévitables. Il devient nécessaire de recommencer plusieurs fois cette manœuvre pénible et chaque fois « on expose le malade à des blessures de l'orifice tubaire et on ouvre plus ou moins les fentes lymphatiques de l'amygdale pharyngee, favorisant ainsi les inoculations, non seulement immédiates, mais encore dans la suite [1]. »

Ce procédé doit donc être absolument rejeté.

ABLATION AVEC LE SERRE-NŒUD

L'idée d'enlever les végétations adénoïdes par la voie nasale remonte à Meyer qui, dès le début, pratiquait cette opération à l'aide d'un couteau annulaire monté sur une tige droite et longue.

L'ablation avec le serre-nœud est chaudement préconisée par Chiari de Vienne, qui l'exécute avec une très grande habileté.

Le procédé consiste à pratiquer la section des végétations adénoïdes au moyen d'une anse d'acier, introduite par le nez, après anesthésie de ce dernier avec une solution forte de cocaïne (20 0/0 chez les adultes, 5 0/0 chez les enfants).

D'après Chiari [2], ce procédé ne cause aucune douleur, est très facile à exécuter, même sur de très jeunes enfants, et n'est suivi d'aucune hémorrhagie sérieuse, ni de réaction. On vient à bout des végétations en une ou deux séances et on n'a besoin d'aide que chez les enfants très indociles.

Voici le *modus faciendi* de cet auteur :

« On introduit le serre-nœud dans une fosse nasale le long du cornet inférieur, jusqu'à ce que l'anse tenue verticalement de champ, arrive à la rencontre de la paroi pharyngienne pos-

(1) MAGNUS. — *L. c.* p. 60.
(2) CHIARI. — Congrès International de Médecine de Rome, 1894.

térieure. A ce moment, on fait décrire au manche de l'instrument un quart de cercle qui ramène l'anse métallique dans le plan horizontal; puis on lui imprime des va-et-vient antéro-postérieurs, jusqu'à ce qu'on revienne buter contre le bord postérieur de la cloison. En cet instant on abaisse fortement le manche du serre-nœud, ce qui amène l'anse métallique en contact avec la voûte du cavum; dans ce dernier mouvement, s'il est bien exécuté, une végétation doit s'engager dans la boucle qui remonte l'enserrer à sa racine. En tirant alors sur le serre-nœud, on sent une résistance qui indique qu'on a fait une prise; il suffit de serrer l'anse pour ramener la végétation comme on le fait d'un polype. Si au contraire on sent l'anse libre dans le cavum, c'est qu'on n'a rien saisi; il faut alors, en tâtonnements successifs plusieurs fois relever puis abaisser le manche de l'instrument jusqu'à ce qu'on ait eu la bonne chance d'attraper quelque tumeur. On tâche de faire ainsi cinq ou six prises de suite » [1].

On peut aussi enlever de très petites saillies situées tout en haut au bord des choanes, et aussi celles qui sont situées latéralement et derrière la cloison, en introduisant l'instrument de champ.

La technique de Zaufal, qui pratique aussi parfois l'ablation des végétations au moyen d'un serre-nœud, ne diffère que très peu de celle de Chiari. Pour éviter les tâtonnements, il engage les végétations dans l'anse à l'aide de l'index introduit dans le cavum.

Nous avons à plusieurs reprises eu recours à ce procédé chez des malades que l'opération par la voie buccale effrayait, tantôt en nous guidant par le simple éclairage, tantôt par le doigt introduit dans le cavum, suivant les dimensions des fosses nasales.

L'ablation des végétations avec l'anse froide, opération en apparence simple et facile, demande en réalité une grande expérience et une grande habileté. Elle ne peut être effectuée, en outre, que lorsque les fosses nasales sont normales et larges. C'est pourquoi on trouve très peu de chirurgiens enthousiastes de ce procédé.

[1] Rhinologie, otologie, laryngologie à Vienne, par LERMOYEZ, Paris 1894.

EXTIRPATION AVEC DES PINCES

La première idée de se servir des pinces pour l'ablation des végétations adénoïdes appartient, paraît-il, à Lœwenberg.

La pince de Lœwenberg peut être comparée à une pince à polypes à longues branches, à laquelle on aurait donné, sur le plat, des courbures destinées à lui permettre de contourner et le dos de la langue en avant et, plus profondément, le voile du palais. Les extrémités représentent deux cupules à bords tranchants se regardant par leur concavité.

De nombreuses modifications ont été apportées à la conception primitive de Lœwenberg.

Toutes portent principalement sur les cuillers de l'instrument, le plus grand inconvénient des pinces étant, en effet, de mordre trop profondément, surtout si la voûte du cavum présente une saillie antéro-postérieure. Les auteurs se sont efforcés de construire les cuillers des pinces de façon telle, qu'appliquées sur un plan, elles saisissent tout ce qui le dépasse, sans l'entamer.

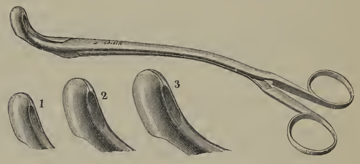


Fig. 17. — Pince de Chatellier.

Dans cet ordre d'idées, la pince de Chatellier est considérée, à juste titre, comme supérieure à tous les autres modèles (fig. 17).

Grâce à l'échancrure qu'elle porte à sa partie antérieure et qui empêche de blesser la luette, le voile du palais ou le vomer ; à la forme et au tranchant de ses cuillers qui coupent les végétations, au lieu de les arracher, tout en ména-

geant les parties saines du cavum, la pince de Chatellier donne au chirurgien plus de sécurité que n'importe quel autre instrument similaire.

Il existe plusieurs dimensions de cette pince, appropriées à l'âge du malade.

Les seuls inconvénients que nous avons pu lui trouver, après nous en être servi maintes et maintes fois, sont : de ne pas être suffisamment ouverte à la partie antérieure, de main-

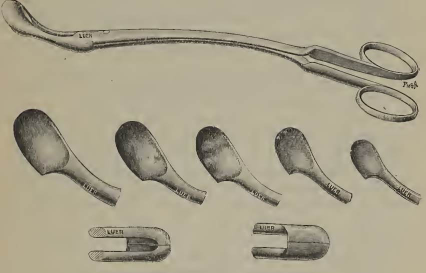


Fig. 18. — Pince de Suarez de Mendoza

tenir parfois pincée, à l'angle inférieur des cuillers, la muqueuse, et, d'en produire l'arrachement, malgré le mouvement de torsion que nous avons l'habitude de donner à la pince, après l'appréhension de la masse adénoïdienne, et avant le mouvement de traction qui débarrasse le cavum de la partie saisie.

Pour obvier à ces inconvénients, nous avons modifié la pince de Chatellier, de façon à ce que l'ouverture antérieure soit plus large et à ce que la partie inférieure des cuillers soit franchement coupante, représentant ainsi, avec les deux branches descendantes de la pince, un couteau de Schmidt tout petit qui, par un mouvement de latéralité, simultané au mouvement de traction, coupe les petits lambeaux de la muqueuse lesquels, insuffisamment coupés par l'action des bords tran-

chants verticaux de la pince, se laisseraient arracher par ceux-ci dans leur mouvement de descente (fig. 18).

Pour que cette pince puisse répondre à tous les besoins, nous avons fait établir six calibres différents : le n° 1 est destiné aux nouveau-nés, le n° 6 aux adultes, et les numéros intermédiaires permettent d'adapter, suivant le plus ou moins grand développement de l'enfant, les dimensions de la pince à celles du naso-pharynx.

Parmi les innombrables pinces qui répondent plus ou moins aux *desiderata* exposés plus haut, citons celles de Courtade, de Doyen, de Lubet-Barbon, de Menière, de Ruault, de Gradle, de Jacoby, de Jurasz, de Hartmann, de Hooper, de Kuhn, de Schech, de Woakes, etc., etc.

L'ablation des végétations adénoïdes avec la pince coupante se pratique de la façon suivante :

La tête du malade maintenue droite et immobile par un aide, on déprime fortement la langue avec un abaisse-langue et on introduit dans la bouche la pince fermée jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, les mors étant placés horizontalement. A ce moment on les redresse pour pénétrer dans le cavum et on les porte dans ce dernier aussi haut que possible. En les ouvrant largement et en les refermant ensuite, on saisit une masse de végétations, qu'on détache en imprimant à la pince un mouvement de torsion.

Quel que soit le modèle des pinces employées, il est absolument impossible d'enlever en une seule fois toute la masse de végétations et il est nécessaire de répéter cette manœuvre plusieurs fois, soit dans la même séance, soit en plusieurs séances successives.

On conçoit aisément, qu'avec ce procédé, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, on laisse forcément des pédicules qui deviennent plus tard le point de départ des récidives.

Ce grave défaut ajouté à la lenteur relative de l'opération et au risque de blesser, faute d'expérience suffisante ou d'habileté, les pavillons tubaires, le vomer, les cornets, la paroi postérieure du voile du palais, le plexus veineux superficiel, ou d'arracher un lambeau de muqueuse saine, ont fait que le procédé d'extirpation avec des pinces a été délaissé presque par tous les spécialistes et remplacé par l'ablation avec

la couteau, procédé infiniment plus rapide qui permet d'enlever toute la masse des végétations dans un minimum de temps et qui ne présente pas les inconvénients de l'ablation par la pince, quand celle-ci est maniée par une main inhabile.

Sans être un enthousiaste des pinces, nous devons dire cependant, qu'elles ont dans certains cas leur côté utile, notamment, pour déblayer le terrain lorsqu'il s'agit de grosses végétations, pour empêcher leur chute dans le larynx et aussi pour mettre en évidence « le corps de délit », chose parfois importante pour les malades et leur entourage.

ABLATION AVEC DES COUTEAUX SPÉCIAUX (INSTRUMENTS DE CHOIX)

L'ablation avec le couteau est le procédé le plus rapide et le plus radical. Il permet, quel que soit le siége et la forme des végétations, d'en enlever *toute* la masse en l'espace de quelques secondes. C'est donc le procédé, sinon idéal, du moins celui qui, dans l'état actuel de la question, doit être préféré à tous les autres.

Comme l'a dit Chatellier, c'est le seul procédé qui permette de faire une opération économique, car, grâce à elle, on fait économie du temps, du sang et de la douleur.

De même que pour les pinces, les modèles des couteaux, imaginés pour l'ablation des végétations adénoïdes, sont si nombreux qu'il faudrait un volume pour les décrire tous.

Ils peuvent être réduits à trois types :

1° Couteau de Gottstein ;

2° Couteau de Schmidt (modification heureuse du couteau de Gottstein), couteau type, auquel il faut rapporter les divers instruments existants qui, tout en conservant l'essentiel du couteau de Schmidt, ont subi de petites modifications dans les parties non essentielles pour être adaptés aux exigences de chaque opérateur (couteau de Lermoyez, Suarez de Mendoza, etc.).

3° Couteau de Hartmann (modification de l'instrument de Lange, et dont l'anneau tranchant, pour pouvoir être adapté à l'âge du malade, se fait en trois dimensions).

Couteau de Gottstein. — Le couteau de Gottstein se compose essentiellement « d'un triangle d'acier à angles mousses, dont le sommet est fixé sur une tige qui présente une courbure adaptée à la région et se termine par un manche.

La base du triangle représente seule une lame tranchante : les deux autres côtés sont mousses et en limitent l'action. »

Le couteau de Gottstein présente certains inconvénients : la lame tranchante étant reportée trop en arrière des deux autres côtés, l'instrument, au lieu de curetter, de raboter, pour ainsi dire, le cavum, entame parfois la muqueuse, même entre les mains les plus expérimentées ; en outre, présentant un talon trop accentué, il est difficile de le bien manœuvrer dans le naso-pharynx.

Couteau de Moritz Schmidt. — Le couteau de Gottstein a été avantageusement modifié par le professeur Moritz Schmidt (de Francfort) (fig. 19). La lame tranchante, au lieu d'être repor-



Fig. 19. — Couteau de Moritz Schmidt.

tée en arrière, se trouve dans un plan parallèle aux branches qui la maintiennent. Il en résulte que tout danger de blesser la muqueuse, ou d'ouvrir le plexus veineux superficiel est écarté, la lame ne coupant que ce qui dépasse la surface naturelle de la cavité naso-pharyngienne.

Le couteau de Moritz Schmidt suit, en outre, plus exactement que celui de Gottstein, les diverses courbures du cavum et est plus facile à manœuvrer.

Son champ d'action étant plus étendu, il permet de faire une ablation plus parfaite, et d'enlever en deux ou trois applications toute la tumeur.

Par habitude, on arrive à manier l'instrument comme une plume, et à causer ainsi au malade le moins de douleur possible, ce qui est à considérer, surtout quand on opère, comme nous le faisons. sans anesthésie.

Le manuel opératoire est des plus simples :

On déprime la langue avec un abaisse-langue qu'on tient

dans la main gauche, et avec la main droite on insinue le couteau de Schmidt derrière le voile du palais. Par un mouvement rapide on le porte jusqu'en haut de la voûte, et en l'appliquant fortement contre l'apophyse basilaire, on abaisse et on relève plusieurs fois la main, pour que la lame tranchante, en suivant les diverses parties du cavum, à droite, à gauche, au milieu, en haut, en arrière, curette ou plutôt coupe tout ce qui dépasse sa surface naturelle.

L'effort déployé doit être assez grand pour être ressenti par l'aide qui tient la tête du malade.

C'est seulement dans ces conditions qu'on peut être sûr d'avoir atteint l'implantation des végétations adénoïdes et d'avoir fait un déblayage parfait.

Inutile de dire qu'on a cherché à apporter à l'instrument de Gottstein-Moritz Schmidt de nombreuses modifications.

Toutes les modifications ont porté principalement sur la forme de la curette : les uns l'ont voulu ronde, les autres quadrangulaire, les autres encore en forme de cœur. Ceux des auteurs que la forme satisfaisait, se sont rabattus sur le manche. On a construit des manches de toutes les dimensions, tantôt faisant corps avec le couteau, tantôt s'adaptant à lui au moyen d'un dispositif spécial.

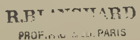
Quoi qu'il en soit, le couteau de Schmidt, dans ses diverses incarnations, plus ou moins modifié, est actuellement considéré comme le meilleur des instruments proposés pour l'ablation des végétations adénoïdes et adopté par la majorité des specialistes.

Quelques auteurs, dans le but d'empêcher la chute des végétations dans le larynx — accident rare il est vrai, mais toujours possible, — ont ajouté à la curette de Schmidt des paniers, des griffes, des ressorts, destinés à recueillir ou à accrocher les végétations après leur ablation.

Malheureusement, toutes ces modifications empêchent de manœuvrer l'instrument avec la liberté et la rapidité nécessaires.

C'est probablement là qu'il faut chercher la cause de ce fait que tous ces instruments plus ou moins ingénieux ne sont employés que par ceux qui les ont imaginés.

Nous-mêmes, bien que toujours fidèle au couteau de



Schmidt, après avoir lutté longtemps contre la contagion créatrice, nous avons fini par créer le couteau de Suarez de Mendoza, qui n'est autre chose que la réunion, sur un même manche, de deux anneaux de Schmidt, l'un coupant comme



Fig. 20. — Couteau de Suarez de Mendoza.

d'habitude, l'autre complément mousse, comme celui de notre curette à massage. (Fig. 20).

En engageant les enfants que les instruments effraient, à introduire le doigt dans l'anneau non tranchant, on dissipe facilement leur crainte et on gagne leur confiance.

Couteau de Hartmann. — Dans le couteau de Hartmann l'anneau, « au lieu d'être placé transversalement par rapport au manche, est situé dans le même plan sagittal. Cet anneau affecte la forme d'un rectangle à angles arrondis dont les branches supérieures et postérieures seules sont coupantes d'un côté; leur tranchant est disposé de telle sorte que si l'on

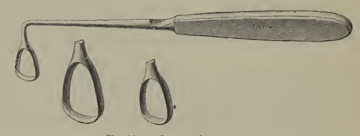


Fig. 21. — Couteau de Hartmann.

suppose l'anneau reposant sur un plan, il agit perpendiculairement à ce dernier et non parallèlement, comme dans le couteau de Gottstein. (Lermoyez). » (Fig. 21.)

D'après l'auteur, ce couteau convient surtout pour les cas, où les végétations sont implantées plus particulièrement à la voûte de la cavité naso-pharyngienne, dans les parties

latérales, ou dans les fossettes de Rosenmüller. On pratique alors un curettage transversal avec ce couteau qui tranche de droite à gauche et *vice-versa*.

Malgré les avantages que le couteau de Hartmann peut présenter dans certains cas, on l'emploie très rarement. On l'accuse, en effet, d'entamer les plexus veineux latéraux du cavum et de provoquer de fortes hémorrhagies. D'un autre côté, pour peu qu'il s'éloigne de la position verticale, soit par la faute de l'opérateur, soit par suite d'un mouvement brusque du malade, il peut blesser la portion supérieure des orifices tubaires et devenir le point de départ d'otites graves.

Tous ces accidents, aussi désagréables pour le chirurgien que pour les malades, peuvent être évités lorsqu'on se sert du couteau de Gottstein-Moritz Schmidt, même d'une façon maladroite.

ABLATION AVEC DES CURETTES VRAIES

De même que les couteaux, les curettes vraies peuvent être réduites aux deux types suivants :

1° Curette de Trautmann ;

2° Curette de Suarez de Mendoza.

Curette de Trautmann. — La curette de Trautmann, modification de la cuiller tranchante de Volkmann, se compose

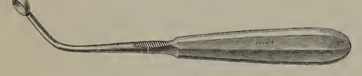


Fig. 22. — Curette de Trautmann.

d'une petite hémisphère profonde et bien tranchante, fixée sur une tige, dont la courbure forme un angle de 150°. (Fig. 22.)

Elle trouve son application, particulièrement dans les cas où il s'agit de râcler les bourses pharyngiennes chroniquement enflammées et les granulations parfois très dures qui tapissent la voûte du cavum chez les adultes.

Cet instrument présente un réel danger, si son action se fait à l'aveuglette, sans le contrôle de la vue.

Curette de Suarez de Mendoza. — Dans notre curette, l'action en profondeur est limitée par l'application des branches montantes contre la paroi pharyngienne.

En ne curettant que ce qui dépasse cette paroi, tout danger



Fig. 23. — Curette de Suarez de Mendoza.

d'entamer la muqueuse est écarté. C'est pour cette raison que nous préférons nous servir, même dans les cas ci-dessus mentionnés, soit du couteau de Schmidt, soit de notre curette.

ABLATION AVEC DES INSTRUMENTS AUTOMATIQUES

Adénotome de Schütz. — Parmi les innombrables instruments qui encombrent l'arsenal chirurgical destiné à l'ablation des végétations adénoïdes, l'adénotome de Schütz, quoique tombé dans l'oubli, mérite une description détaillée, ne fût-ce que pour répondre à la chaleureuse plaidoirie que Claoué (de Bordeaux) a faite en sa faveur.

L'instrument de Schütz procède du même principe que l'amygdalotome de Fahnenstock. Une mince lame tranchante glisse dans la rainure de deux attelles parallèles, dont la courbure suit celle du naso-pharynx, et tranche les végétations engagées dans la lunette à la manière d'une guillotine.

Il existe plusieurs dimensions de l'adénotome de Schütz :

« Le « Schütz » choisi doit toujours avoir, dans sa partie pharyngienne recourbée, un diamètre transversal inférieur de trois à quatre millimètres au diamètre transversal du pharynx dans lequel on va opérer. Avec un peu d'habitude on choisit facilement d'emblée le numéro à utiliser (Claoué).

L'adénotome de Schütz, accueilli sans grand enthousiasme il y a douze ans, au moment de sa présentation à la Société

d'oto-rhino-laryngologie de Francfort, a eu un grand nombre de détracteurs et très peu d'adeptes, mais ces derniers lui sont restés constamment fidèles et n'ont jamais manqué l'occasion de vanter les avantages de cet instrument, lequel, d'après eux, devrait se trouver entre les mains de tout médecin praticien, qui pourrait avec lui enlever aussi sûrement l'amygdale pharyngienne qu'on enlève l'amygdale palatine avec l'instrument de Fahnenstock ! !

Les critiques qu'on adresse à l'adénotome de Schütz et qui l'ont fait rejeter par la plupart des spécialistes peuvent être résumées de la façon suivante :

1° En raison du volume de son extrémité antérieure, son introduction dans le cavum présente de grandes difficultés et peut provoquer des lésions, et même la parésie du voile du palais.

2° Il n'est applicable que lorsqu'il s'agit de grosses végétations médianes, bien pédiculées ; il laisse intactes les végétations latérales.

3° Par suite de la minceur et de la fragilité de ses lames, son action ne peut s'exercer que sur des végétations de consistance molle ; les lames se brisent sur des tumeurs un peu dures.

4° Il présente des difficultés de montage et de démontage.

Dans l'article de M. Claoué, consacré à la « réhabilitation » de l'adénotome de Schütz [1], cet auteur réfute ces critiques avec plus ou moins de bonheur.

D'après lui, l'introduction de l'instrument ne présente aucune difficulté. Les échecs subis par quelques auteurs à leur début prouvent simplement que la manœuvre de l'instrument exige une pratique spéciale qu'il est très facile d'acquérir.

Les parties latérales de l'amygdale pharyngée sont entraînées dans le mouvement d'ascension et comprises dans la coupe, si l'on a eu soin de faire un choix judicieux du modèle à employer, si le modèle choisi a une largeur correspondant à peu près à la distance qui sépare les deux bourrelets tubaires, si l'on n'a pas laissé la tête se défléchir.

Les lames bien aiguisées et bien entretenues, fabriquées en

[1] Claoué. — L'instrument de choix pour la cure des végétations adénoïdes. (*Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, octobre 1903).

bon acier, peuvent couper les végétations les plus fibreuses. Lichwitz a publié l'observation d'un cas où une exostose de la voûte fût sectionnée avec les végétations par l'instrument de Schütz.

Quant à la difficulté du montage et du démontage, cela était vrai pour les premiers instruments fabriqués, mais les modèles actuels sont, sous ce rapport, sans reproche.

Voici, d'après Claoué, la technique de l'ablation des végétations adénoïdes avec le Schütz :

« *1er Temps.*— L'abaisse-langue rapidement placé et la langue bien abaissée, on introduit l'instrument dans la bouche, l'extrémité antérieure horizontale, la concavité de la courbe regardant latéralement comme pour le « Gosttein ». On va jusqu'au fond du pharynx-buccal le plus bas possible. Comme si l'on *voulait entrer dans l'oesophage*. A la contraction du voile succède bientôt une inspiration naturelle qui l'abaisse. On en profite pour redresser l'extrémité de l'instrument et le passer derrière lui.

2e Temps. — L'instrument est alors poussé en haut vers la paroi supérieure de la voûte, siège de l'amygdale pharyngée. Dans ce mouvement ascensionnel qui sera d'autant plus prononcé que le diamètre vertical se trouvera plus élevé, le manche de l'instrument tend à s'abaisser naturellement. On doit seconder seulement ce mouvement sans le provoquer de force. Si on a eu soin de choisir un modèle dont la largeur correspond à peu près à celle du pharynx, les masses latérales de l'amygdale se trouvent soulevées et viennent s'unir à la masse centrale principale pour s'enfouir dans le cadre de la fenêtre.

La tête du sujet doit être maintenue droite dans le premier temps, fléchie dans le second. L'instrument doit être tenu solidement et fortement pressé contre la voûte du pharynx. La traverse inférieure de la fenêtre se trouve en ce moment au-dessus de la protubérance de l'atlas, tandis que la traverse supérieure répond à l'insertion de la cloison sur la voûte ; les deux parties latérales sont au niveau des fossettes de Rosenmüller.

3e Temps. — L'instrument étant bien maintenu fixe dans cette position, on fait jouer la gâchette et d'un seul coup la lame tranche l'amygdale pharyngée. Bien souvent une seule

prise suffit. Dans le cas de végétations volumineuses, on peut faire deux prises successives, ce qui suffit amplement.»

On voit, d'après ce rapide exposé de la technique, dit Claoué dans son travail que, quand on opère avec le « Schütz », il faut résolument oublier le « Gottstein ».

Quoi que dise l'auteur de la simplicité de l'ablation des végétations par l'adénotome de « Schütz », nous trouvons que la technique opératoire avec cet instrument est trop compliquée et demande un long apprentissage. Nous trouvons encore qu'une fois l'apprentissage fait, le résultat que l'on obtient ne récompense pas suffisamment le chirurgien du temps perdu pour acquérir la virtuosité voulue. Car, si grande que soit cette virtuosité, l'opérateur par la disposition même de l'instrument est condamné à faire toujours des opérations incomplètes, sauf le cas de mamelon median, bien limité, pour lequel les instruments les plus simples, même maladroitement maniés, donnent des résultats superbes.

Le fait de ne pouvoir faire qu'exceptionnellement une opération complète avec l'instrument de Schütz suffit pour le condamner. M. Claoué, pour justifier son opinion, soutient en effet qu'il ne faut pas s'acharner à poursuivre le tissu adénoïde situé dans les fossettes de Rosenmüller et autour des pavillons tubaires; or, tout le monde sait que ce sont justement ces végétations qui compromettent le plus l'audition, et qui, en cas d'inflammation, peuvent devenir l'origine d'otorrhées graves et rebelles, avec leurs conséquences habituelles.

L'illusion de sûreté et la tranquillité trompeuse que la marche mécanique de l'adénotome de Schütz paraît donner, pourraient séduire le médecin pusillanime à qui l'idée de diriger le coupant du couteau de Schmidt dans le naso-pharynx donne des inquiétudes.

Pour ceux-là seulement, l'instrument automatique qui se charge de conduire la lame, supprimant ainsi le besoin de l'éducation préalable et de l'habileté manuelle, serait une trouvaille.

Pour les autres, nous croyons inutile d'insister sur l'avantage qu'il y a pour eux et pour les malades, à s'habituer par des exercices répétés à conduire sûrement et habilement le couteau de Schmidt sur les parois pharyngiennes.

Notre cher confrère nous pardonnera donc de ne pas trouver ses arguments « plus que suffisants pour la réhabilitation de l'adénotome » et de ne pas partager son espoir de voir les praticiens « en appeler du jugement sévère » — trop justement dirons-nous — porté contre lui.

CAUTÉRISATION PAR LE GALVANO-CAUTÈRE OU PAR DES AGENTS CHIMIQUES

Nous ne parlons que pour mémoire de ces procédés.

Dès la découverte des végétations par Mayer, la galvano-cautérisation de l'amygdale pharyngée hypertrophiée a été préconisée par Michel (de Cologne) et Schalle (de Hambourg).

La cautérisation avec des caustiques chimiques consiste en attouchements des végétations adénoïdes : soit par le nitrate d'argent ou l'acide chromique fondus en perles sur un stylet, soit par un pinceau imbibé d'une solution caustique.

Ces deux procédés, longs, douloureux et inefficaces, sont aujourd'hui presque complètement abandonnés.

ABLATION AVEC LE COUTEAU ÉLECTRIQUE

Dans le but d'éviter certaines complications auxquelles peut parfois donner lieu l'ablation sanglante des végétations adénoïdes (hémorrhagies, accidents infectieux et inflammatoires, etc.), quelques spécialistes, partisans de la destruction des amygdales palatines par l'anse galvanique, ont été amenés, naturellement, à chercher des moyens pratiques pour appliquer le même procédé à l'ablation de l'amygdale pharyngée.

Couteau électrique de Chatellier. — En 1890, Chatellier a imaginé un instrument rappelant par sa construction une pince dont les deux branches articulées, mais non entrecroisées, s'écartent par la pression exercée sur les anneaux.

Dans les branches de l'instrument, dont la courbure rappelle

celle du couteau de Gottstein, est pratiquée une gouttière dans laquelle passe un fil de platine épais. « Ce fil est fixé par une de ses extrémités d'une façon invariable à la branche gauche ; son autre extrémité s'attache par un lien de caoutchouc à la branche droite. »

Quand on presse sur les anneaux, le fil se tend entre les extrémités des deux branches et forme le tranchant de l'instrument.

Il est nécessaire que les deux branches soient isolées par une bande d'ivoire qui double la branche gauche. L'articulation se fait au moyen d'une vis également en ivoire.

Chaque branche porte une borne à laquelle est fixé le fil conducteur, relié à une batterie électrique. Un des fils est interrompu dans son trajet et adapté à un interrupteur très simple. Cet interrupteur, placé sous le pied de l'opérateur, permet de faire passer le courant au moment voulu » (Chatellier).

Couteaux électriques de Rousseaux. — Les couteaux électriques imaginés par Rousseaux sont au nombre de deux.

Le premier, destiné à l'abrasion des végétations médianes, rappelle le couteau de Gottstein, dont la partie tranchante aurait été remplacée par un fil en platine.

Le deuxième, destiné aux végétations latérales rappelle le couteau de Hartmann.

L'auteur se sert pour obtenir le courant électrique d'un accumulateur lui permettant d'obtenir un nombre d'ampères suffisant pour donner au platine le degré d'incandescence qu'il désire obtenir : « Les intensités varient, d'après les couteaux employés, de 28,5 à 46 ampères. Avant l'introduction de l'instrument, il faut d'abord s'assurer du passage du courant. On vérifie ensuite le degré d'incandescence atteint par le fil de platine. Il doit être poussé jusqu'au rouge cerise à l'air libre. De cette façon, étant donnée la déperdition de calorique produite par le milieu où l'on opère, il n'atteindra dans le pharynx que le rouge sombre. Cette température de rouge sombre est indispensable à une bonne opération (1). »

(1) Rousseaux. — *Instruments nouveaux pour l'ablation des vég. aden.* Soc. belge de laryng. et otol., mai 1895.

Anse chaude de Garel. — Garel, — en reprochant avec juste raison au couteau de Rousseaux : la flexibilité de la tige en platine, se pliant au moment où l'on presse sur la paroi postérieure du cavum et ne permettant pas de prendre un point d'appui convenable; la nécessité d'avoir toujours sous la main un ampèremètre et un réostat; l'échauffement notable des parties du conducteur, voisines du fil de platine, pouvant provoquer des brûlures et des douleurs naso-pharyngiennes (reproches qu'on peut également adresser au couteau de Chatellier); enfin les difficultés que présente la désinfection de l'instrument, — a cherché à construire un couteau « aussi solide et résistant que celui de Gottstein et susceptible d'être désinfecté comme un vulgaire stylet. »

Après de longs tâtonnements, cet auteur s'est arrêté sur la disposition suivante :

« L'instrument a la forme exacte du couteau tranchant de Gottstein, modèle moyen. La partie terminale courbée est formée d'une pièce de métal évidée en gouttière pour recevoir le fil.de fer, destiné à rougir sous l'influence du courant. Cette pièce métallique est soudée à un fort tube de métal dans l'intérieur duquel sont fixés deux tubes conducteurs isolés l'un de l'autre, non par de la soie enlacée, mais par une gaîne d'amiante. Ces deux conducteurs sont complètement noyés dans le gros tube extérieur. Leurs extrémités viennent se faire jour d'un côté, au bas de l'anneau métallique; d'un autre côté elles se fixent sur le manche à anse galvanique de Jacoby. L'anse en fil de fer recuit galvanisé (employé ordinairement pour la fabrication des fleurs artificielles), est couchée dans la gouttière de la curette et elle est maintenue en haut par un tout petit onglet minuscule de métal.

Vu le diamètre du fil employé, une batterie de deux accumulateurs montés en tension suffit. Le réostat devient inutile, l'intensité du courant ne dépassant guère le rouge sombre; le fil, en effet, n'est chauffé que par périodes de courte durée, en n'appuyant que par de petites secousses sur l'interrupteur.

Pour opérer, on déprime de la main gauche la langue au moyen d'un abaisse-langue, puis on introduit avec la main droite le couteau électrique en arrière du voile du palais. On

fait alors avec la main un mouvement de bascule de haut en bas qui permet de porter la curette au plus haut point de la cavité naso-pharyngienne sur la ligne médiane. Une fois là, la curette doit rester immobile ; on commence à chauffer le fil par une courte pression sur le bouton de l'interrupteur du manche. On fait alors une première traction légère sur l'anse pour la faire mordre dans la masse du tissu adénoïdien. On continue ainsi l'opération, en alternant par courts intervalles les fermetures du courant et les tractions sur l'anse. Au bout de peu de temps, on retire l'instrument auquel adhère pendante une masse adénoïde plus ou moins volumineuse, suivant l'importance de la tumeur, ou suivant la précision avec laquelle la curette a été appliquée [1]. »

L'instrument de Garel est incontestablement supérieur à celui de Chatellier et de Rousseaux. il est plus solide et aussi plus pratique. Le fil se dirigeant automatiquement dans le sens voulu, le mouvement de l'anse se fait automatiquement et ne dépend plus de l'habileté de l'opérateur.

Mais si simplifié que soit cet instrument, en comparaison avec d'autres, il nous semble encore trop compliqué pour une opération aussi simple que l'ablation des végétations adénoïdes.

Nous ne doutons point que les créateurs de ces instruments compliqués ne s'en trouvent pas très bien, mais pour la généralité des praticiens, ce procédé nous paraît peu recommandable.

Le couteau électrique prévient, il est vrai, la possibilité d'une hémorrhagie abondante — cas extrêmement rare —, mais il a par contre l'inconvénient de prolonger la durée de l'opération, de provoquer une réaction extrêmement vive et de produire des adhérences cicatricielles entre les lèvres des pavillons tubaires, ainsi que, plus rarement, entre la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais, lorsque ce dernier, par maladresse ou par suite d'un faux mouvement du malade, l'applique contre l'anse incandescente pendant l'opération.

On voit que les avantages problématiques de ce procédé sont largement compensés par ses réels inconvénients.

[1] Nouvelle anse électrique pour l'ablation des végétations adénoïdes, par Garel. *(Ann. des mal. de l'oreille,* 1899).

ABLATION PAR LA MÉTHODE MIXTE

Quelques mots maintenant sur le mode opératoire que nous employons depuis de longues années et qui nous a toujours donné les meilleurs résultats, aussi bien au point de vue du succès immédiat, qu'au point de vue des suites éloignées.

Qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant, nous n'opérons qu'exceptionnellement séance tenante, c'est-à-dire le jour même où nous reconnaissons la nécessité d'une intervention.

Pendant l'intervalle qui sépare le jour de la première consultation au jour de l'opération, nous faisons faire au malade de l'antisepsie naso-bucco-pharyngienne (gargarismes fréquents avec une solution de phénosalyl à 10 p. 1000; introduction dans les narines, plusieurs fois par jour, de la pommade boriquo-mentholée), et nous procédons à son *anesthésie morale*.

Cette anesthésie morale, laquelle — comme nous l'avons déjà dit ailleurs — est plus difficile à décrire qu'à mettre en pratique, — consiste surtout à habituer le petit malade à la personne du chirurgien, à gagner sa confiance et à surmonter la frayeur que lui inspire la vue des instruments.

Pour cela il faut toujours être d'une extrême douceur qui n'exclut cependant pas une certaine fermeté.

De cette douceur on ne doit se départir, si désagréable que soit l'enfant, que *sciemment*, lorsqu'on jugera nécessaire, pendant l'acte opératoire, de provoquer chez le petit malade, par un changement brusque du ton et de l'expression, la surprise qui, pendant quelques secondes, anéantit la résistance volontaire de l'enfant et le rend obéissant à l'injonction du chirurgien.

Lorsque nous avons affaire à un enfant particulièrement nerveux et indocile, nous l'engageons à toucher les instruments, à s'introduire lui-même dans la bouche l'abaisse-langue et, bien souvent, nous procédons même à un simulacre d'opération sur ses parents ou sur un autre enfant moins pusillanime, pour lui démontrer que ses craintes ne sont nullement justifiées.

A la question sur l'intensité de la douleur que les petits

malades, aussi bien que les grands du reste, ne manquent jamais de poser, nous répondons invariablement que l'opération par elle-même n'est que très peu douloureuse, mais qu'elle



Fig. 24. — Couteau de Suarez de Mendoza.

ne le deviendra réellement que s'ils s'agitent et nous empêchent d'opérer avec la tranquillité et la promptitude nécessaires.

Dans la grande majorité des cas, cette conduite a pour effet de rendre les petits malades parfaitement tranquilles et dociles au moment de l'opération.

En ce qui concerne l'intervention elle-même, nous croyons

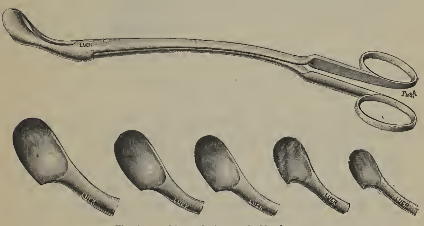


Fig. 25. — Pinces de Suarez de Mendoza.

qu'il ne faut pas être exclusiviste, et que le meilleur moyen de faire bien et vite, c'est d'associer la pince au couteau spécial : la pince pour dégrossir le terrain, le couteau pour égaliser, pour raboter, pour ainsi dire, la surface déjà dégrossie.

Pour aller le plus vite possible, tout en faisant complètement le nettoyage du cavum, nous procédons de la façon suivante :

Les instruments préalablement stérilisés à l'étuve ou par

l'ébullition durant quelques minutes, nous préparons dans un plateau, contenant une solution de phénosalyl à 10 p. 1000 et placé sur une table, se trouvant à notre droite : trois pinces à végétations (modèle de Chatellier modifié par nous), deux couteaux de Schmidt, un couteau double de Suarez de Mendoza, un abaisse-langue, un ouvre-bouche et, loin des yeux des malades, pour être prêt à parer à toute complication pos-possible, si rare soit-elle, une pince naso-pharyngienne, une pince à débris, des ciseaux droits et courbes, des pinces laryngiennes et une boîte à trachéotomie.

L'enfant enveloppé, au besoin, dans une alèze et tenu soli-

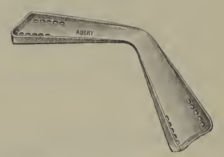


Fig. 26. — Abaisse-langue à panier percé du Dr Suarez de Mendoza.

dement par l'assistant, devant une fenêtre bien éclairée, nous nous mettons en face de lui, sur un plan un peu moins élevé, et après lui avoir fait ouvrir largement la bouche et déprimé la langue avec un abaisse-langue ordinaire ou avec mon abaisse-langue à panier percé, — qui remplit assez l'aire du pharynx pour ramener les végétations sectionnées qui descendent du cavum, tout en laissant s'écouler le sang par les orifices latéraux — nous donnons trois coups de pince, un central et deux latéraux, changeant l'instrument à chaque coup pour économiser le temps du nettoyage.

Nous égalisons alors le tout à l'aide de trois coups de curette. L'opération est terminée en 25 ou 30 secondes.

Il va de soi, qu'éclectique par tempérament, nous employons le procédé décrit dans le plus grand nombre des cas, mais ayant toujours en vue, avant tout, l'intérêt du malade, nous supprimons, lorsque l'enfant n'est pas assez docile, tantôt un

coup de pince, tantôt deux, tantôt le coup central auquel nous tenons surtout, et nous pratiquons d'emblée l'opération au couteau ou à la curette, faisant le possible, dans ce cas, pour recueillir dans l'abaisse-langue-panier les végétations sectionnées.

Chez un enfant hémophilique qui, à la suite d'une amygdalotomie faite au Fahnenstock, eut une hémorrhagie grave, nous avons cru bon de déroger à nos principes habituels, en enlevant la deuxième amygdale à l'anse chaude et les végétations avec le couteau électrique de Rousseaux.

Le succès obtenu dans ce cas et dans d'autres, en faisant acte d'éclectisme, nous autorise à dire en finissant ce chapitre que, bien que pour la majorité des spécialistes l'instrument de choix pour le moment soit le couteau de Schmidt, bien que pour nous la méthode de choix soit celle que nous avons décrite et que nous employons couramment, on doit se familiariser avec les diverses méthodes, car presque toutes peuvent, le cas échéant, trouver exceptionnellement leurs indications.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Les complications opératoires qui peuvent se produire pendant ou après l'opération des végétations adénoïdes sont extrêmement rares, si l'on songe au nombre considérable d'enfants et d'adultes ayant subi cette opération sans le moindre accident.

Mais si exceptionnelles que soient ces complications, il est bon, il est nécessaire de les connaître, afin de pouvoir se tenir en garde contre elles. En choisissant judicieusement la méthode opératoire, et en se conformant rigoureusement à certaines précautions de détail avant, pendant et après l'intervention, on peut arriver à rendre cette opération, en somme simple et presque inoffensive par elle-même, plus simple et plus inoffensive encore.

Les diverses complications pouvant survenir à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes sont :

1° Les hémorrhagies (hémorrhagie primitive, hémorrhagie secondaire : retardée ou tardive).

2° Les accidents infectieux (fièvre, otites aigües, pharyngites, amygdalites, etc).

3° Les accidents d'asphyxie, déterminés par la chute des végétations dans le larynx.

HÉMORRHAGIES

L'ablation des végétations adénoïdes est suivie en général d'un écoulement sanguin, plus ou moins abondant, qui d'ordinaire s'arrête spontanément, et presque immédiatement, après l'opération.

HÉMORRHAGIE PRIMITIVE OU IMMÉDIATE

Dans certains cas l'écoulement peut persister plus que de coutume et donner lieu à des préoccupations, mais presque tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que cette *hémorrhagie primitive ou immédiate*, sauf les cas d'hémophilie, ne présente rien d'inquiétant. Ainsi, Morell Mackenzie n'a jamais observé d'hémorrhagie immédiate assez sérieuse pour nécessiter l'emploi d'un autre styptique que le tanin ou le matico [1]. Pour Loewenberg [2] l'hémorrhagie ne résiste jamais à l'application de la douche naso-pharyngienne administrée avec de l'eau presque fraîche, ou bien avec une solution d'alun.

D'après Calmettes [3] l'hémorrhagie consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes n'est pas à redouter.

Tel est également l'avis de Delavan, Woakes, Michel, de Cologne, Lermoyez, Castex, Cartaz, etc., etc.

Pour notre part, sur plus de 3.000 opérés nous n'avons jamais observé d'hémorrhagie post-opératoire assez sérieuse pour nécessiter l'application des mesures particulières, sauf chez un enfant hémophilique dont nous avons entretenu au moment voulu la Société d'Otologie française, et qui, du reste, guérit très vite après le tamponnement du cavum.

HÉMORRHAGIE SECONDAIRE RETARDÉE

L'hémorrhagie secondaire retardée est plus grave. Dans la majorité des cas, les choses se passent de la façon suivante : « On a opéré un enfant, tout s'est passé normalement ; puis, cinq heures, dix heures, dix-huit heures après, on est brusquement appelé. Les parents nous racontent que l'accident a

(1) Morell Mackenzie. — Traité des maladies du nez, p. 376.

(2) Loewenberg. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Paris 1879, p. 63. cité par Cartaz.

(3) Calmettes. — *Gaz. méd. de Paris*, 4 juin 1887, cité par Cartaz.

débuté par un petit suintement, puis peu à peu l'écoulement a été en augmentant, souvent on apprend qu'aucune des précautions indiquées n'a été prise ; l'enfant a mangé, a joué, etc. Le caillot s'est alors soulevé, d'où suintement ; puis il a fini par être complètement détaché sous l'effort de l'écoulement sanguin lui-même. L'accident peut d'ailleurs avoir lieu en dehors de toute imprudence » ([1]).

Tous les cas d'hémorrhagies retardées graves se sont en général terminés favorablement.

Vu la rareté et la gravité relative de ces hémorrhagies, vu aussi l'intérêt qu'elles présentent par le mécanisme de leur production, nous avons cru intéressant et utile de résumer ici, aussi brièvement que possible, les observations, dont nous avons pu trouver la relation dans la littérature médicale.

Observation de Newcomb ([2]).— Fillette de 13 ans. Amygdalotomie sans effusion de sang. Ablation des végétations sous anesthésie cocaïnique. Au bout de 48 heures, la mère vient dire qu'à la suite d'une violente hémorrhagie, sa fille était presque exsangue. Après l'opération, la malade était rentrée chez elle, mais contrairement aux conseils reçus, sa mère l'envoya à l'école où se produisit l'hémorrhagie.

Observations de Van der Poel ([3]). — L'auteur a recueilli deux observations d'hémorrhagies graves consécutives à l'ablation des végétations adénoïdes. L'une concerne une fillette de huit ans. On diagnostique des végétations et on prend rendez-vous pour l'opération. Avant que la malade quitte la clinique on lui enlève une parcelle de la tumeur. Le lendemain l'auteur est appelé en toute hâte auprès de la malade qui est atteinte d'une hémorrhagie violente avec ralentissement du pouls. Tamponnement, guérison.

Le deuxième cas a trait à un enfant de quatorze ans, opéré des végétations, sans anesthésie. Petite quantité de tissu adénoïde. Hémorrhagie assez abondante au début; cesse promptement. Au bout de trois heures, le malade rentre chez lui, mais une heure après survient une hémorrhagie alarmante. Tampon-

([1]) Helme. Comm. à la Soc. Française d'Otol., etc., 1896.
([2]) *American jour. of med. sc.* 1893.
([3]) Comm. à l'Académie de Médecine de New-York et Ann. des maladies de l'oreille, etc., 1898.

nement du pharynx nasal. L'hémorrhagie s'arrête, mais recommence le lendemain. Tamponnement du pharynx nasal avec de la gaze iodoformée humectée de cocaïne. Guérison. On apprend que le malade était rhumatisant et était atteint d'une endocardite rhumatismale.

Observations de Ruault [1]. — Etudiant en médecine, âgé de vingt-huit ans. Reste des tumeurs adénoïdiennes anciennes. Au-dessus et en arrière de la trompe gauche, on voit une végétation saillante, du volume d'un gros pois. Le malade se plaignant d'avoir l'ouïe un peu diminuée de ce côté, l'auteur lui propose d'enlever la petite tumeur à l'aide de la pince coupante et procède immédiatement à cette opération qui est exécutée sans difficulté. Le tissu enlevé est molasse. L'écoulement sanguin est insignifiant.

Quelques heures plus tard le malade revient chez l'auteur, saignant abondamment. Le sang s'écoulait par la narine quand la tête était penchée en avant, ou dans le pharynx quand la tête était droite. L'hémorrhagie avait commencé une heure et demie après l'opération, pendant le dîner; elle durait depuis deux heures, et n'avait cédé ni à des irrigations froides, ni à un courant d'eau très chaude. L'hémorrhagie est arrêtée par l'application dans le naso-pharynx d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 20 0/0, laissé en place cinq minutes. Le malade fatigué par l'application du tampon cocaïné refuse le tamponnement permanent.

Dans la soirée l'auteur est appelé d'urgence auprès du malade. L'hémorrhagie avait reparu moins abondante que la première fois et s'était arrêtée spontanément.

L'hémorrhagie ayant de nouveau reparu, abondante, un médecin du voisinage fait le tamponnement à grand'peine, à cause de l'intolérance du malade. Comme il a la fâcheuse idée de mettre aussi un tampon dans la fosse nasale gauche, ce tampon détermine bientôt un violent accès d'éternuements, le tampon se déplace et l'hémorrhagie reparaît. Enfin, un nouveau tamponnement est appliqué et toléré.

Le lendemain le malade commence à se plaindre de la

(1) Nous empruntons les quelques observations qui suivent au remarquable mémoire de Cartaz : De quelques complications de l'opération des tumeurs adenoïdes du pharynx nasal. (Comm. à la Soc. fr. d'Otol. et lar., mai 1889).

gorge, et il survient une amygdalite du côté droit. A la demande réitérée du malade, on enlève le tampon au bout de trente heures environ. Le sang ne se montrant plus dans la journée et l'amygdalite évoluant avec bénignité, on croit tout accident conjuré, lorsqu'au milieu de la nuit il se produit une quatrième hémorrhagie très abondante qui amène une syncope. Nouveau tamponnement. Le malade épuisé reste couché et à peu près immobile pendant quarante-huit heures, au bout desquelles on enlève le tampon. L'hémorrhagie ne reparaît plus, mais le malade, profondment anémié, ne revient à la santé qu'au bout de trois mois.

Dans le deuxième cas observé par l'auteur il s'agit d'un étudiant âgé de dix-huit ans. Pharyngite granuleuse et tumeurs adénoïdes assez développées pour obstruer presque complètement les fosses nasales. Consistance ferme, fibreuse. Ablation à la pince coupante en plusieurs séances successives, sous anesthésie. A la quatrième séance, il ne reste plus qu'une masse appendue à la partie antérieure de la voûte, que l'auteur enlève presque complètement en deux ou trois coups de pince. L'écoulement sanguin est modéré et de courte durée. Mais vingt heures après l'opération, apparaît une hémorrhagie abondante, qui ne cède ni à l'eau froide, ni à l'eau vinaigrée, et, au bout de deux heures et demie environ, se termine par une syncope. L'auteur ne peut voir le malade que dans la soirée. Faiblesse, pouls rapide mais satisfaisant. Pas de tamponnement. Le malade se remet assez vite de son accident et l'auteur, afin d'éviter tout risque d'un nouvel accident, termine le traitement du pharynx nasal à l'aide du galvano-cautère.

Observation de Gellé. — Fillette de neuf ans et demi. Obstruction tubaire. Cavum, du côté gauche, bourré de végétations adénoïdes épaisses.

Ablation à la pince sans grande perte de sang. La surface de la plaie est aussitôt badigeonnée avec un pinceau d'ouate imprégné d'alcool et de glycérine boriquée.

Deux heures après l'opération, l'enfant est prise d'une abondante hémorrhagie nasale, puis de crachement de sang pur. Cette hémorrhagie dure une heure, puis s'arrête. Après une bonne nuit, la malade part pour Valenciennes où elle demeure.

Le jour même (le voyage peut-être aidant), l'enfant a une deuxième hémorrhagie nasale et buccale très tenace, mais tout cependant se termine assez rapidement. Légère pâleur pendant huit jours. Lorsque l'auteur revoit la petite malade, l'ouïe est améliorée et le rhino-pharynx en excellent état.

Observation de Cartaz. — Jeune fille âgée de dix-sept ans. Pharyngite granuleuse et tumeurs adénoïdes assez volumineuses. Ablation à la pince coupante de Lœwenberg en plusieurs séances successives sous anesthésie cocaïnique avec une solution au 1/5.

En deux séances espacées de huit jours l'auteur enlève une grande partie des tumeurs. Chaque fois l'hémorrhagie est plus abondante. A la troisième séance, l'auteur enlève également deux ou trois morceaux assez gros, molasses, sans consistance, plus durs que les premiers. L'écoulement de sang est cette fois plus fort, mais s'arrête en quelques minutes avec une injection d'eau très chaude. Le lendemain matin on vient prévenir l'auteur qu'une hémorrhagie était survenue vers 6 heures du matin (quinze heures environ après l'opération) et ne cédait ni à la glace, ni aux gargarismes. Quelques heures après, lorsque l'auteur voit la malade, l'hémorrhagie s'arrête spontanément, mais la perte de sang avait été notable. L'auteur se dispose à introduire dans le cavum un gros tampon d'ouate imbibé de cocaïne, lorsqu'il apprend que la malade était sur le point d'avoir ses règles. L'auteur renonce au tamponnement, fait appliquer des sinapismes sur le haut des cuisses et met la malade en surveillance. L'hémorrhagie pharyngée n'avait plus reparu, par contre, l'écoulement menstruel avait commencé. Les suites furent bonnes, sauf un peu de fatigue et de faiblesse, due à la perte de sang.

Observation de Scott Renner. — Jeune fille de dix-sept ans. Végétations exceptionnellement dures et saignant abondamment au moment de l'ablation. Deux heures après l'opération, hémorrhagie, qui, d'après l'auteur, eût été sérieuse sans l'assistance d'un médecin qui tamponna le cavum avant l'arrivée de l'autre.

Observation de Piaget. — Garçon de quatorze ans. Végétations énormes, de consistance molle, étalées dans le cavum. Ablation à la pince et au couteau de Gottstein. Le sang jaillit

par les narines et par la bouche, puis l'hémorrhagie se ralentit, mais ne s'arrête pas complètement L'auteur fait prendre à l'enfant de la glace. Au bout d'une heure, l'hémorrhagie paraissant s'arrêter, il permet à l'enfant de s'en aller.

Deux heures après, il est appelé en toute hâte auprès de l'opéré. Au lieu de rentrer directement à l'hôtel, il avait couru divers magasins avec sa famille et l'hêmorrhagie avait recommencée. Glace, badigeonnage avec solution d'antipyrine, puis avec eau oxygénée, ne donnent aucun résultat, de même que le tamponnement du cavum avec de la ouate. Une syncope survient qui arrête le sang. Potion à l'ergotinine. A minuit, nouvelle hémorrhagie. Lorsque l'auteur arrive chez le malade à cinq heures du matin, il le trouve dans un état syncopal grave, le pouls est à peine sensible. Tamponnement complet du cavum. Injection de 400 grammes de sérum artificiel. Sous l'influence de ce traitement, transformation pour ainsi dire instantanée. Le pouls de 125 retombe à 85. Le tampon est enlevé 24 heures après. Convalescence longue. L'auteur conclut à l'hémophilie.

HÉMORRHAGIE SECONDAIRE TARDIVE

L'hémorrhagie secondaire tardive, survenant le cinquième, le sixième, voir le huitième jour après l'opération (observation de Segond) est encore plus rare que l'hémorrhagie retardée. On peut dire qu'elle est tout à fait exceptionnelle. Voici le résumé des quelques cas que nous avons pu recueillir après de minutieuses recherches.

Observations de Lacoarret ([1]). — Garçon de quatorze ans, lymphatique, sujet à des rhumes de cerveau fréquents. Nasopharynx rempli de végétations adénoïdes volumineuses obstruant les choanes. Opération sans anesthésie avec curette tranchante. L'hémorrhagie est insignifiante, aucune complication immédiate. Le *cinquième* jour après l'opération, l'enfant se réveille le matin couvert de sang ; l'oreiller et les draps du

([1]) *Annales de la Polyclinique de Toulouse, 1893.*

lit sont inondés. Pendant la nuit il s'était produit une hémorrhagie assez abondante sans que le petit malade en eut conscience et se fut réveillé. L'écoulement du sang s'était arrêté spontanément et n'avait pas reparu.

Observation de Beausoleil [2]. — Garçon de quinze ans. Végétations adénoïdes assez volumineuses remplissant presque tout le naso-pharynx. Consistance dure. Opération. Il se produit un écoulement de sang assez abondant, mais qui s'arrête au bout de quelques minutes avec des irrigations presque froides. Les végétations enlevées sont dures. *A leur surface elles sont sillonnées par de nombreux vaisseaux dont quelques-uns paraissent dilatés.* Au bout de deux heures tout écoulement ayant cessé, l'enfant est renvoyé chez lui.

Huit jours après le malade revient chez l'auteur; l'enfant est pâle et d'une faiblesse extrême; le pouls est petit; au moindre mouvement il est menacé de syncope.

La mère raconte que cinq jours après l'opération, l'enfant avait craché un gros caillot de sang noirâtre et qu'immédiatement après était survenue une hémorrhagie abondante. Le sang s'écoulait par les narines et par la bouche. Malgré de nombreuses irrigations froides, l'écoulement persiste et n'est arrêté qu'à la suite d'une irrigation avec du perchlorure de fer en solution.

Pendant les jours suivants l'hémorrhagie réapparaît à plusieurs reprises, mais bien moins abondante que le premier jour, et finalement s'arrête complètement. Le malade est très anémié et a de la peine à reprendre des forces.

Observation de Segond [1]. — Jeune fille de seize ans, de constitution lymphatique. Végétations adénoïdes de consistance moyenne obstruant complètement le cavum. Opération sous chloroforme, au moyen de la pince et grattage avec l'ongle; hémorrhagie abondante pendant l'opération, mais sans être de nature à inquiéter ou à nécessiter des moyens hémostatiques spéciaux.

Le huitième jour, alors que la jeune fille semblait guérie, sans cause appréciable, hémorrhagie extrêmement abondante,

[2] Comm. faite à la Soc. Franç. d'Otol. et de Laryng. Congrès de mai 1895.
[1] Cité par Cortaz.

durant plus d'une demi-heure. Quand l'auteur voit la malade, le sang ne coule plus. L'hémorrhagie s'était arrêtée spontanément. La malade était horriblement pâle, le pouls petit et à deux ou trois reprises il y avait eu des menaces de syncope. Il fallut plusieurs jours à la malade pour retrouver ses forces; l'hémorrhagie n'a plus reparu.

Aux observations qui précèdent il faut encore ajouter les trois cas d'hémorrhagie secondaire tardive observés par Moure: l'un chez une fillette de seize ans, au onzième jour; l'autre chez un jeune homme de vingt ans, au quatrième et au cinquième jour, et le dernier, chez un enfant de six ans et demi, au troisième jour, dû, d'après l'auteur, à l'agitation de l'enfant.

On voit que le bilan des hémorrhagies *tenaces* et *persistantes*, consécutives à l'ablation des végétations adénoïdes se chiffre, somme toute, par un petit nombre d'observations réparties entre l'Europe et l'Amérique.

En supposant même, ce qui paraît très probable, qu'un certain nombre de cas d'hémorrhagies inquiétantes, méritant par leur importance de faire l'objet d'une communication, n'aient pas été publiés, et que quelques faits de ce genre aient échappé à nos recherches, il est cependant permis de conclure, sans crainte d'être accusé d'un optimisme exagéré, que les hémorrhagies *graves*, consécutives à l'ablation des végétations adénoïdes, sont extrêmement rares.

Comparées au nombre total d'ablations sanglantes des végétations adénoïdes pratiquées jusqu'à ce jour dans tous les pays du monde, total dont il serait difficile de donner même un chiffre approximatif, ces hémorrhagies, lorsqu'on débat la question de l'opportunité d'une intervention, ne peuvent et ne doivent pas entrer en ligne de compte, au même titre que celles qu'on observe parfois à la suite d'une opération aussi commune, simple et bénigne qu'une extraction dentaire.

Quelles sont les causes de ces hémorrhagies inquiétantes? Comment y remédier?

La plus grande incertitude règne parmi les auteurs en ce qui concerne les causes. On a incriminé, tour à tour, l'instru-

mentation, les séances fractionnées, l'hémophilie, les affections cardiaques (en particulier l'hypertrophie du ventricule gauche et l'artério-sclérose), les anomalies du pharynx, la coïncidence de l'opération avec les règles, les badigeonnages préparatoires du cavum avec de la cocaïne, le volume et la consistance des tumeurs, les agents anesthésiques, etc., etc.

Dans le remarquable mémoire que Cartaz a consacré à cette question [1] et que nous avons déjà mis largement à contribution, cet auteur envisage les principales causes qui peuvent entraîner une hémorrhagie post-opératoire grave.

Tout d'abord, il n'y a pas lieu de s'arrêter, d'après lui, à cette complication, quand il s'agit des sujets hémophiliques. « On sait en effet quels dangers fait courir à ces malades la blessure la plus légère, en raison du manque de plasticité naturelle du sang, du défaut de coagulabilité. Il est donc clair qu'un traumatisme du genre de l'ablation des tumeurs adénoïdes portant sur une large surface, dans une région vasculaire, amènera les conséquences les plus graves, puisqu'une simple exploration a pu amener une hémorrhagie mortelle » (cas observé par Hooper).

L'auteur pense que dans ces conditions l'abstention doit être de règle et il juge « même imprudent de recourir aux méthodes de cautérisation au galvano-cautère, même en mettant dans ces applications du couteau galvanique la plus grande réserve.

Chez les sujets qui ne sont pas prédisposés par des conditions particulières d'ectasie des vaisseaux ou d'altération du sang, ces hémorrhagies tenaces peuvent tenir aux causes suivantes :

« C'est d'abord la lésion d'un vaisseau d'un certain calibrage. On sait combien d'un sujet à l'autre, dans des conditions égales en apparence de consistance ou de volume, la vascularité peut être différente. Mégévand, dans sa thèse, fait remarquer, d'après le résultat de nombreux examens, que les vaisseaux offrent des calibres variables et sont parfois d'un assez gros volume.

C'est ensuite la lésion d'une partie de la muqueuse du

[1] Cartaz. — *L. c.*

voile ou l'ablation d'un fragment assez étendu de la muqueuse pharyngée.

La consistance plus ou moins fibroïde des tumeurs peut également expliquer un écoulement de sang facile et abondant. Chez les malades ayant dépassé l'âge de dix, douze, quatorze ans, et *a fortiori*, lorsqu'il s'agit d'adultes, les végétations offrent, en général, une consistance plus ferme, plus dure. »

Cartaz rappelle à ce propos, tout en se défendant de vouloir faire un rapprochement trop forcé « la violence des hémorrhagies que l'on observe à la suite des ablations de fibromes naso-pharyngiens, après de simples explorations, parfois même spontanément.

La coïncidence de l'opération avec la période menstruelle peut aussi être cause d'une hémorrhagie.

Enfin, des inflammations récentes de l'arrière-gorge mettent le sujet sous le coup d'hémorrhagies difficiles à arrêter. »

D'après Ruault [1], les hémorrhagies sont, en règle générale, d'autant plus rares que les sujets sont plus jeunes. Elles ne sont pas plus fréquentes lorsque la tumeur opérée est volumineuse, lorsque la plaie opératoire est étendue que dans le cas contraire. Ruault ne croit pas que ces hémorrhagies relèvent des blessures des parties saines. Elles ont plus de chance de se produire lorsque les tumeurs sont déjà anciennes et de consistance ferme, apparemment, parce qu'en pareil cas il existe des vaisseaux d'un certain volume, mais elles sont dues surtout, d'après cet auteur, à des poussées congestives céphaliques. Ces dernières peuvent dépendre de la constitution même du sujet (neuro-arthritique), ou d'une disposition particulière et transitoire en rapport avec l'accomplissement d'une fonction naturelle (approche de la période menstruelle), ou d'un état morbide local (coryza, angine), ou général (hémophilie, etc.).

Pour Helme [2], de toutes les causes de l'hémorrhagie, la plus fréquente est la blessure de la muqueuse. Cet auteur a

(1) *Bull. de la Soc. d'Otol. et de Laryng.*, 1889, p. 61.

(2) Helme. — Traitement des végétations adénoïdes. Rapport à la Soc. d'Otol. et Laryng. 1896.

observé quatre accidents de ce genre. Trois fois il était tombé sur une saillie anormale de l'apophyse basilaire. L'instrument, à la fin du curettage, avait buté contre un obstacle et cette saillie l'avait conduit à blesser sans le vouloir la paroi postéro-supérieure du cavum.

Le Dr Kahn (1), assistant du professeur Seifert, signale aussi l'anomalie du contour osseux du naso-pharynx, pouvant donner lieu, lorsqu'elle passe inaperçue, à de fortes hémorrhagies. Cette anomalie « se manifeste par l'existence d'une formation osseuse tranchante, étroite et proéminente, située sur la ligne médiane de la paroi postérieure du pharynx et serait due au développement anormal du tubercule antérieur.

A l'examen rhinoscopique postérieur ces exostoses échappent le plus souvent au diagnostic, tant qu'elles n'auront pas acquis des dimensions telles que les végétations insérées sur la voûte du pharynx ne pourront plus les masquer. A l'examen digital, on n'en constatera la présence que lorsque le doigt sera arrivé à la limite la plus postérieure des végétations, et dans les cas où la paroi postérieure du pharynx est elle-même recouverte de végétations, le doigt devra déprimer celles-ci pour sentir l'exostose à travers ».

L'auteur a eu l'occasion d'observer 4 cas de ce genre. Dans le premier cas l'obstacle n'a pas été reconnu et l'opération donna lieu à une forte hémorrhagie. En examinant l'amygdale pharyngée enlevée, on trouva à sa base un petit corps osseux plat. L'hémorrhagie était très forte et il a fallu recourir au tamponnement du naso-pharynx.

L'auteur conseille, dans de pareils cas, lorsque l'obstacle a été reconnu, d'enlever avec le couteau ou avec la pince la partie la plus proéminente de l'exostose et à terminer ainsi l'opération comme d'habitude, ou bien de chercher à circonscrire latéralement l'exostose, en n'enlevant que ce qui est à la portée du couteau.

Quelle est la portée véritable des diverses causes d'hémorrhagies post-opératoires signalées par les auteurs que nous venons de citer?

(1) Kahn. — Des accidents désagréables qui accompagnent l'opération des vég. ad. (*Revue hebd. de laryng., etc.*, 1897 nº 19)

En ce qui concerne l'hémophilie, nous partageons l'opinion de Cartaz et d'autres, qu'il est indispensable de s'enquérir toujours avant l'opération de cette maladie, qui doit être considérée comme une contre-indication absolue à toute intervention.

Nous pensons également qu'une poussée d'adénoïdite, une angine, une pharyngite aiguë, la coïncidence de l'opération avec les fièvres paludéennes, avec la période menstruelle, ou avec toute autre affection favorisant la congestion des vaisseaux, sont autant de causes qui contre-indiquent une intervention immédiate.

Par contre, en ce qui concerne la déchirure d'une portion de muqueuse, considérée par la plupart des auteurs comme une des principales causes des hémorrhagies graves, nous ne croyons pas — et en cela nous sommes d'accord avec Ruault et Beausoleil — que la simple lésion de la muqueuse puisse déterminer une hémorrhagie grave.

Comme le remarque avec juste raison le dernier de ces auteurs, s'il en était ainsi, on l'observerait moins rarement, car c'est assez souvent qu'une partie de la muqueuse est touchée par l'instrument tranchant.

L'âge des malades, qui amène le processus sclérogène des tumeurs adénoïdiennes, paraît jouer un très grand rôle dans la production des hémorrhagies tenaces. C'est en effet l'âge « qui, d'après les différentes statistiques, semble dominer dans l'histoire des divers cas d'hémorrhagie secondaires qui ont été signalés. Tous les sujets — ou presque tous — chez lesquels on a observé ces accidents, avaient dépassé l'âge le plus favorable pour pratiquer cette opération, c'est-à-dire entre six et dix ans. A cet âge, les hémorrhagies sont moins à redouter, et, d'une façon générale, on peut dire que les enfants saignent d'autant moins qu'ils sont plus jeunes.

Cette influence de l'âge se manifeste en favorisant la régression fibreuse de ces tumeurs. Il se produit le plus souvent un travail de sclérose en tous points semblable à celui que l'on observe dans les amygdales palatines des adultes. Les canaux sanguins n'échappent pas à ce processus scléreux, et, comme l'a fait très judicieusement remarquer Sallard, leur tunique s'épaissit, ils perdent une part de leur élasticité nor-

male et ne peuvent plus se rétracter et s'oblitérer quand on les sectionne.

Dans ce cas, comme dans les autres, la plaie naso-pharyngienne pourra bien, quelque temps après l'opération, se recouvrir d'un caillot ou d'une escarre qui empêchera l'écoulement du sang; mais que pour une raison ou pour une autre, celle-ci vient à tomber, on verra se produire une hémorragie plus ou moins abondante suivant que les vaisseaux seront encore plus ou moins béants [1]. »

En présence d'une hémorrhagie immédiate retardée ou tardive que faut-il faire ?

Lorsque l'écoulement de sang est peu abondant, les petits moyens : injections d'eau glacée ou d'eau très chaude par les fosses nasales, suffisent ordinairement pour produire l'hémo-



Fig. 27. — Curette mousse de Suarez de Mendoza.

stase. On peut charger cette eau d'un astringent quelconque (alun, tanin, etc.), ou d'une poudre hémostatique à base d'antipyrine ou de ferripyrine.

Parmi les autres moyens utiles à employer pour combattre l'hémorrhagie avant d'arriver aux moyens extrêmes, nous devons citer le massage de la paroi postérieure du cavum à l'aide de la curette mousse que nous avons fait construire à cet effet. (Fig. 27).

Il suffit souvent de quelques frottements doux exercés de haut en bas pour voir l'hémorrhagie s'arrêter.

Parfois nous associons à cette action physique, l'action vaso-constrictrice de substances styptiques appliquées à l'aide de porte-coton naso-pharyngiens que nous avons fait faire et qui, ayant la même courbure que les curettes, s'adaptent mieux que les instruments ordinaires à la forme de la paroi postérieure du naso-pharynx. (Fig. 27).

(1) Beausoleil. — *Rev. de Laryng. etc.*, 1897, n° 12.

Si l'accident est grave, il faut recourir d'emblée aux grands moyens. Comme le remarque avec juste raison Helme, ce qui complique notre rôle dans de pareils cas, c'est l'affolement de l'entourage et l'indocilité du malade. Le mieux est donc de ne pas perdre de temps.

Cartaz [1] conseille de porter à l'aide d'une pince pharyngée, directement jusqu'à la voûte, un tampon d'ouate antiseptique chargé d'une solution forte de cocaïne, d'extrait soluble de ratanhia, ou de tout autre styptique non caustique. Ce tampon

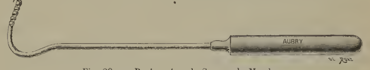


Fig. 28. — Porte-coton de Suarez de Mendoza.

serait maintenu aisément en place, d'après lui, par son volume et l'introduction forcée entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx. D'autres auteurs remplacent la substance styptique par l'antipyrine ou l'eau oxygénée.

Nous avouons que ce procédé n'a pas nos suffrages. Certes, ce tamponnement peut arrêter l'hémorragie, mais très souvent le tampon ne tient pas, et il faut tout recommencer.

En ce qui concerne particulièrement l'application des tampons imbibés d'une solution de cocaïne, elle doit être absolument proscrite. Outre que son emploi est dangereux chez les enfants et peut donner lieu à des troubles généraux graves, son application peut être cause, par suite de la vaso-dilatation qui suit la constriction, d'une hémorragie secondaire plus grave que celle qui a déterminé l'intervention.

Moure [2] préconise le lavage froid perchloruré (une cuillerée à café de perchlorure par demi-litre d'eau). D'après cet auteur, le perchlorure de fer qu'il emploie depuis bien des années, constitue un hémostatique de premier ordre et ne lui a jamais paru présenter des inconvénients.

D'après Curtis [3] « le tamponnement postérieur est un moyen

(1) Cartaz. — *L. c.*
(2) Moure. — *Bull. de la Soc. d'Otol. et de Laryng.*, 1895, p. 138.
(3) Curtis. — Moyen d'éviter l'hémorrhagie après l'ablation des végétations adénoïdes. *Revista méd. guer.*, juin 1893, et *Ann. des mal. des oreilles, etc.*, 1894, p. 405.

fort peu satisfaisant pour arrêter l'hémorrhagie consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes. Il est bien préférable, d'après lui, dans de pareils cas, de faire une ligature modérément serrée des extrémités avec un tube de caoutchouc pour éviter le retour du sang veineux dans la circulation; la tension artérielle s'abaisse ainsi suffisamment pour qu'un caillot ait le temps de se former sur la plaie opératoire. Si au bout de deux minutes l'hémorragie ne s'arrête pas, on pratique d'abord les ligatures des membres, si elle continue, on en lie généralement trois.

Quand le danger est passé, il faut avoir soin de retirer la ligature lentement et successivement. On peut, en même temps, pratiquer un tamponnement de la plaie en introduisant par les narines des sondes droites terminées par un tampon de ouate et les maintenant fortement appuyées contre la voûte du pharynx, ce qui, pour le malade, est beaucoup moins désagréable que le tamponnement du cavum fait par la bouche. »

Les mêmes raisons qui nous ont fait considérer le tamponnement postérieur *libre*, comme insuffisant dans les cas d'hémorrhagies graves, s'appliquent à plus forte raison au tamponnement antérieur, au moyen des sondes introduites par les fosses nasales, conseillé par Curtis. Ce tamponnement pourrait, à la rigueur, rendre des services dans les hémorrhagies peu abondantes, mais dans ces derniers cas, du moins dans la plupart, de simples lavages à l'eau glacée ou chaude suffisent et tout tamponnement devient inutile.

Par contre, la ligature des membres dans les cas d'hémorrhagies graves, est un procédé très utile. En conjurant le danger immédiat, il agit sur le moral du malade et de son entourage affolé, et permet au chirurgien de procéder au tamponnement postérieur avec méthode, sans précipitation et en pleine liberté d'esprit.

Malgré les avantages de ce procédé, nous sommes d'avis qu'il ne doit être employé, que dans les cas exceptionnellement graves. Dans tous les autres cas, le tamponnement postérieur d'après la technique classique suffira. Pour faire ce tamponnement, on peut se servir : soit d'une simple sonde uréthrale de Nelaton, soit d'une sonde d'Itard.

Les tampons, confectionnés avec de l'ouate aseptique, ou mieux encore, avec une gaze antiseptique quelconque, pourraient être imbibés d'une solution antiseptique ou hémostatique non caustique.

Pour se mettre à l'abri des accidents infectieux qui pourraient se produire du côté des trompes d'Eustache, dans les cas où l'on voudrait laisser les tampons en place pendant un temps assez long, il serait bon d'humecter les tampons, de temps en temps, avec une solution antiseptique, au moyen d'une sonde d'Itard introduite dans chaque fosse nasale jusqu'aux choanes. L'antiseptique de choix est dans ce cas l'eau oxygénée. Tout en agissant comme un antiseptique puissant et comme un hémostatique de premier ordre, l'eau oxygénée permettra ultérieurement, grâce à ses propriétés qui sont connues de tous, de procéder à l'enlèvement des tampons, sans crainte de provoquer une nouvelle hémorrhagie.

Depuis quelque temps, nous nous servons de ce procédé chaque fois que nous procédons à un tamponnement des fosses nasales, après une intervention sur la cloison ou les cornets, et nous n'avons qu'à nous féliciter des résultats obtenus.

Il faut se garder en même temps qu'on fait le tamponnement postérieur, de faire aussi le tamponnement antérieur. Ce dernier tamponnement est non seulement inutile, mais il peut encore devenir cause (comme le prouve le cas de Ruault, que nous avons relaté plus haut) des accidents désagréables.

Dans certains cas d'hémorrhagies immédiates, la cause de l'hémorrhagie est due à des lambeaux de vegétations, restées adhérentes à la paroi postérieure du pharynx après l'opération.

Le meilleur moyen d'arrêter dans ces cas l'écoulement sanguin, c'est d'enlever ces lambeaux à l'aide de ciseaux, d'une pince coupante, ou d'un serre-nœud à polypes.

Ces lambeaux pendent souvent dans le pharynx buccal et provoquent des accès nauséeux. Il faut bien se garder de tirer sur ces lambeaux, sous peine d'enlever un véritable ruban de muqueuse pouvant se prolonger jusqu'à l'entrée de l'œsophage et devenir à son tour cause d'une hémorrhagie tenace et persistante.

ACCIDENTS INFECTIEUX

La cavité bucco-pharyngée pouvant être considérée comme le réceptacle — ou le quartier général, suivant le mot d'Achalme — d'innombrables espèces bactériennes, dont beaucoup sont pathogènes et ne demandent qu'une occasion d'exalter leur virulence sous diverses influences, parmi lesquelles le traumatisme de cette région paraît jouer un des principaux rôles, il semblerait à première vue, que l'extirpation ou le curettage des végétations adénoïdes, en créant une large plaie au milieu d'une flore microbienne si riche, devraient être suivis dans la grande majorité des cas, sinon toujours, de complications infectieuses.

Or, c'est le contraire qu'on observe : dans la grande majorité des cas, pourvu que le chirurgien ait soin de s'entourer de précautions aseptiques et antiseptiques qui sont aujourd'hui de règle dans toute intervention chirurgicale, et que le malade ne commette pas d'imprudence, la période post-opératoire se passe sans le moindre accident.

La légère exacerbation de température que l'on observe, en effet, assez fréquemment, dès le soir de l'opération, la gêne de déglutition, la céphalée passagère, la dépression générale, ne peuvent pas entrer en ligne de compte et être considérées comme des complications. Tous ces phénomènes s'expliquent très bien par l'ébranlement traumatique, par la plaie opératoire, par les contusions, érosions et déchirures de la muqueuse du naso-pharynx et de l'arrière-gorge qu'occasionnent toujours les instruments, quelles que soient la douceur et l'habileté que le chirurgien apporte à l'exécution de l'opération.

Ces phénomènes — toujours peu intenses — provoqués par le traumatisme, disparaissent dès le lendemain de l'opération, et les choses reprennent leur cours normal.

Mais il peut arriver — et le cas n'est pas rare — que les accidents post-opératoires ne se bornent pas aux seuls symptômes que nous venons d'énumérer, et qu'on observe à la suite

de l'opération une angine exsudative, le plus souvent légère, mais parfois assez intense.

Elle s'accompagne ordinairement d'une dysphagie légère, d'une élévation thermique peu marquée, des phénomènes douloureux diffus et d'autre nature que ceux de la dysphagie, de l'état saburral de la langue.

« Cette angine commence ordinairement à se manifester au second jour de l'opération, mais parfois le lendemain même, on aperçoit, outre les traces erythémateuses, parfois érosives, d'une contusion légère du voile, au niveau de son bord, quelques plaquettes exsudatives, grisâtres et peu épaisses, assez peu adhérentes. Le lendemain, cet exsudat devient plus évident, blanchâtre, assez adhérent. Il siège d'une façon très variable, soit au niveau des traces d'érosion remarquées la veille sur le bord du voile, soit sur la face antérieure et à la pointe de la luette qu'il peut recouvrir, encapuchonner tout comme les membranes diphtériques. On le rencontre encore sur les amygdales soit en ilôts, soit en plaques disséminées plus ou moins confluentes, soit en bandelettes recouvrant et dessinant le pilier postérieur du voile du palais. Enfin, les parois du cavum sont recouvertes aussi, le plus souvent, par des fausses membranes plus ou moins confluentes dans cette région sur laquelle a surtout porté le traumatisme.

Après trois ou quatre jours ordinairement, quelquefois plus longtemps encore après l'opération, l'exsudat commence à se détacher sans aucune tendance à la reproduction, surtout si l'on pratique par la bouche de grands lavages du pharynx buccal. On aperçoit alors les différents points qu'occupait l'exsudat.

Une rougeur assez évidente indique l'existence de l'érosion traumatique sous-jacente aux plaquettes exsudatives disparues.

Enfin, au cinquième jour le plus habituellement, l'angine post-opératoire est à peu près complètement disparue » (¹).

De même que d'autres auteurs (Körner, Moldenhauer, Glover, etc.), nous avons eu l'occasion d'observer dans notre clientèle un certain nombre de ces angines traumatiques. Dans

(¹) Glover. — Sur la présence du bacille court de Lœffler dans l'exsudat des angines ulcéro, ou éroso-membraneuses post-opératoires. (Comm. à la Soc. fr. de Laryng. Mai 1898).

tous les cas, elles ont cédé facilement au traitement habituel et ont toujours eu une évolution bénigne, une durée très courte et une terminaison heureuse.

Il s'en faut cependant de beaucoup que tous les accidents infectieux post-opératoires se terminent de cette façon heureuse.

Dans certaines circonstances il peut survenir des complications infectieuses graves avec céphalalgie, frisson et fièvre intense.

L'infection peut rester localisée (amygdalite aiguë lacunaire, amygdalite infectieuse, adéno-phlegmon cervical, abcès rétro-pharyngien etc.), mais elle peut aussi gagner l'oreille par continuité de tissus et y déterminer des désordres variables, pouvant aller d'une simple otalgie à une otite moyenne suppurée, se compliquant parfois de mastoïdite et nécessitant une trépanation.

Il peut survenir même des complications plus tragiques encore : on a signalé le décollement de la rétine (?) (Brindel) la méningite, la pyohémie, sans parler de nombreux cas d'érysipèle de la face.

Quelle est la pathogénie de ces infections au début si bruyant, et à la terminaison parfois si tragique ?

Dans un travail de Ruault, relatif aux amygdalites et aux angines infectieuses consécutives aux opérations nasales [1], cet auteur émet l'avis « qu'il s'agit dans ces cas d'accidents d'infection générale, sous quelque apparence qu'ils se manifestent, angine généralisée ou amygdalite unilatérale, dus à la présence des germes dans ces cavités avant l'opération, germes apportés par l'air, trouvant dans ce milieu chaud et humide les conditions propices à leur développement, et provoquant au moindre traumatisme des phénomènes septiques, fièvre, inflammation locale, etc. »

Cartaz applique la même interprétation aux complications infectieuses qu'on observe à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes [2].

[1] Ruault. — Des amygdalites et des angines infectieuses consécutives aux opérations intranasales. *Arch. de laryng. 1889. Cité par* Cartaz.

[2] Cartaz. — De quelques complications de l'opération des tumeurs adénoïdes. *Bull. et mém. de la Soc. fr. d'Otologie, etc., 1889*, p. 56.

Cette interprétation, fort ingénieuse du reste, qui nous semble déjà erronée en ce qui concerne les accidents infectieux consécutifs aux interventions intranasales, nous paraît à plus forte raison inapplicable à ceux qu'on peut observer à la suite des opérations des tumeurs adénoïdes.

Etant donné, en effet, d'un côté, le grand nombre de bactéries pathogènes (staphylocoques, streptocoques, pneumocoques etc., etc.) qui habitent normalement la cavité buccopharyngée, et d'un autre côté, le traumatisme opératoire, portant toujours dans ces cas sur une large surface, il serait difficile d'expliquer, en admettant l'interprétation de Cartaz, la rareté relative des complications infectieuses après l'ablation des végétations adénoïdes.

Or, ce fait, constaté par tous les auteurs, est admis par Cartaz et ne fait pas de doute pour Ruault lui-même.

Ce dernier constate en effet « que la bénignité des plaies de l'arrière-cavité des fosses nasales est bien réelle et qu'on ne voit que rarement survenir de la fièvre à la suite des opérations des végétations adénoïdes, bien qu'après elles un grand nombre d'opérateurs ne prescrivent aucun traitement consécutif. » [1].

Pour nous, de même que pour la plupart des auteurs, la pathogénie des accidents infectieux dans ces cas est beaucoup plus simple.

Nous pensons que ces accidents sont presque toujours dûs: soit à une faute opératoire ou au manque de précautions antiseptiques de la part du chirurgien, soit à une imprudence de la part des malades.

Le nombre d'observations où sont relatés les accidents infectieux post-opératoires est extrêmement restreint. Les auteurs n'en parlent qu'incidemment dans leurs travaux. De même que pour les hémorrhagies, il faut supposer qu'un certain nombre de faits de ce genre n'ont pas été publiés, soit parce qu'ils ne paraissaient offrir aux auteurs rien de particulier, soit pour d'autres raisons.

En revanche, les quelques cas que nous avons pu recueillir sont très caractéristiques et instructifs ; ils montrent avec

[1] Ruault. — *L. c.*

la dernière évidence, que les complications infectieuses sont presque toujours facilement évitables, si le médecin prend les précautions nécessaires, s'il a soin de veiller à la stricte observation des règles d'asepsie et d'antisepsie devenues aujourd'hui de notion banale, et s'il soumet son malade à une surveillance rigoureuse pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Cas de Wroblewski. — Wroblewski a observé un cas de diphtérie survenu à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes. Dans ce cas, on s'était servi, pour faire l'antisepsie préopératoire de la région, d'une seringue précédemment employée pour des irrigations buccales chez un diphtérique (1).

Cas de Castex. — Cet auteur relate un cas d'ablation des végétations adénoïdes suivi d'un adéno-phlegmon cervical, et dû, d'après lui, à une désinfection insuffisante.

Cas de Bar. — Bar (de Nice) a eu l'occasion d'observer un cas d'otite moyenne purulente compliquée de mastoïdite, consécutif à l'ablation des végétations adénoïdes. Avant d'opérer, on fit faire à la malade pendant quelques jours des irrigations naso-pharyngiennes avec une solution boriquée à 4 p. 100; l'opération fut pratiquée, sous anesthésie brométhylique, à l'aide de la pince de Lœwenberg et de la curette de Gottstein; de l'aristol fut insufflé après l'opération. L'inflammation de la caisse se développa le troisième jour après l'opération, celle de l'apophyse mastoïde le jour suivant. D'après l'auteur, le liquide des irrigations nasales a dû pénétrer dans la caisse à travers la trompe, étant donné que la malade avait une déviation de la cloison nasale (2).

Cas de Brindel. — Il a été donné à cet auteur d'observer à la Clinique du Dr Moure, un cas assez grave d'infection consécutive à l'ablation des végétations adénoïdes et dû à la négligence du malade.

Un jeune homme d'une vingtaine d'années, étudiant en médecine, crut pouvoir, malgré les recommandations expresses

(1) Helme. — Traitement des végétations adénoïdes. *Bull. et mém. de la Soc. fr. d'Otol., etc.*, 1896, p. 116.

(2) Bar. — Ve Congrès international d'Otologie, tenu à Florence, du 23 au 26 septembre 1895.

qui lui avaient été faites, se promener en ville après l'opération.

Quelques jours après se déclara une amygdalite infectieuse double qui nécessita un traitement chirurgical des plus actifs et qui fut suivi d'un décollement de la rétine [1].

Tout en faisant la part des exagérations où nous conduit souvent la logique du *post hoc, ergo propter hoc*, nous nous abstiendrons de commenter ces cas, tout commentaire ne pouvant qu'affaiblir la portée de la leçon qui s'en dégage.

En ce qui concerne en général les accidents infectieux consécutifs à l'ablation des végétations adénoïdes, Brindel constate, en se basant sur un grand nombre de cas opérés à la Clinique du Dr Moure « que les pharyngites nasales aiguës, avec ou sans douleurs auriculaires, ne sont pas très rares. Chaque fois qu'elles ont été observées on a pu leur reconnaître une des causes suivantes : ou bien l'opération a été faite dans un délai trop rapproché du premier examen et le traumatisme digital n'avait pas eu le temps de disparaître complètement, ou bien les malades se trouvaient en poussée d'adenoïdite aiguë au moment de l'intervention; ou bien encore, après leur curettage, ils s'étaient promenés au grand air, ou en chemin de fer et le refroidissement était la cause de cette complication [2] ».

Nous avons déjà montré, à propos du traitement médical des végétations adénoïdes, le danger des irrigations nasales avec pression et nous avons dit que la douche de Weber nous paraissait être le moyen par excellence de faire éclater une otite moyenne aiguë.

Or, il faut qu'on sache que la douche de Weber est aussi dangereuse après qu'avant l'opération. On ne compte plus les cas d'otites moyennes aiguës que ce prétendu moyen de désinfection de la plaie a provoquées. Tous les auteurs en ont observé un certain nombre, et la grande majorité condamnent énergiquement les irrigations nasales avec pression aussi bien dans le premier que dans le deuxième cas.

(1) Brindel. — A propos de 618 cas de végétations adénoïdes opérés du 1er novembre 1894 au 1er novembre 1896, dans le service du Dr Moure, à Bordeaux. *Rev. hed. de lar., etc.*, n° 16, 1897.

(2) *L. c.*

« Pour ce qui est de l'irrigation nasale — dit Lermoyez qui résume, on peut dire, dans ce cas, l'opinion générale — il faut la rejeter systématiquement; aussi bien avant qu'après l'opération, elle est inutile et dangereuse. Inutile, car si le champ opératoire est infecté, elle est incapable de le stériliser, et s'il ne l'est pas, quel est alors son but? Dangereuse, car elle risque de détacher le caillot adhérent et produire des hémorragies secondaires. De plus, comme elle est généralement mal donnée et qu'il s'agit d'enfants dont la trompe est courte, béante et dont les conduits tubaires, gênés dans leur jeu par les végétations adénoïdes, amènent, quelque temps après l'opération, une certaine inertie, l'irrigation nasale favorise les otites et peut être considérée comme la principale cause de suppurations d'oreille qui se montrent à la suite des adénotomies [1]. »

Pour les mêmes raisons il faut aussi s'abstenir de pratiquer des insufflations d'air dans les trompes dans les premiers jours qui suivent l'opération, et de défendre aux malades de se moucher bruyamment en comprimant les narines. Le sang et les débris des végétations peuvent être projetés dans la caisse du tympan et devenir cause d'une otite aiguë.

Dans certains cas, il peut arriver, que malgré toutes les précautions, et après une opération la mieux conduite, on voit éclater une otite, surtout chez des enfants strumeux, débilités, atteints depuis longtemps d'otites à répétition. dues aux infections successives de l'amygdale pharyngée. Un simple traumatisme suffit dans ces cas pour réveiller la virulence des germes qui peuplent l'oreille moyenne, pour réchauffer l'otorrhée intermittente.

Nous n'avons jamais considéré cet état comme une contre-indication opératoire, l'opération ayant précisément pour but de lui porter remède.

Le froid humide, la transition brusque du chaud au froid, étant une des causes les mieux établies des infections naso-pharyngiennes, surtout chez les enfants, il est nécessaire de faire garder le lit aux malades pendant quelques jours après l'opération et ne pas permettre à ceux qui viennent de loin de se mettre en route le lendemain.

[1] Lermoyez. — *Bull. et mém. de la Soc. fr d'Otol., etc.*, 1896, p. 143.

Voici les instructions que nous remettons toujours par écrit aux malades, après l'opération (sauf les cas qui demandent des indications spéciales) et après leur avoir déclaré verbalement que la moindre infraction peut amener des complications graves :

1° Pendant huit jours ne jamais se moucher en comprimant les narines ;

2° Garder le lit pendant deux jours et la chambre, à l'abri des courants d'air, pendant au moins quatre jours ;

3° Le premier jour avaler pendant quelques heures, de quinze en quinze minutes, de petites cuillerées de glace pilée ;

4° Se nourrir exclusivement le premier jour de lait et de bouillon glacés ;

5° Le deuxième jour ne prendre également que du lait et du potage clair, froids, mais non glacés ;

6° Les troisième et quatrième jour se nourrir d'aliments qui n'exigent pas d'effort de mastication (œufs, bouillies, hachis, purées) ;

7° Introduire plusieurs fois par jour dans les narines un peu de pommade borico-mentholée (menthol 0 gr. 20 à 0 gr. 50, vaseline boriquée 30 gr.) ;

8° Ne reprendre les occupations habituelles qu'au bout de huit jours.

ACCIDENTS D'ASPHYXIE DÉTERMINÉS PAR LA CHUTE DE VÉGÉTATIONS DANS LE LARYNX

Dans la plupart des cas, les végétations détachées par la curette sont dégluties, mais il peut arriver qu'elles pénètrent dans les voies aériennes et s'enclavent dans le vestibule du larynx, surtout si le malade fait une inspiration au moment de l'opération. Cet accident pourrait amener une mort immédiate; toutefois, dans les rares observations de ce genre qui ont été publiées, pareille terminaison n'est pas relatée.

Bar (de Nice), a eu l'occasion d'observer un pareil accident. Voici le résumé de son intéressante observation :

Enfant de cinq ans et demi, opéré avec la curette de Gottstein pour des végétations qui encombrent le pharynx nasal.

Dès la première prise, une partie des végétations détachées tombe perdue dans le pharynx; l'enfant fait une profonde inspiration, et la respiration s'arrête, entrecoupée par quelques derniers râles d'inspiration profonde. La cyanose se fait immédiate.

Sans perdre une seconde et prévoyant le danger de cette asphyxie subite, l'auteur porte l'index de la main droite dans le vestibule laryngien où il suppose être le fragment égaré et en retire une parcelle de végétation enclavée en partie dans la région aryténoïdienne, en partie dans l'infundibulum laryngien et dans l'œsophage.

L'opération est ensuite terminée d'une façon normale.

Nous avons déjà dit en parlant du choix de la méthode opératoire, que le meilleur moyen de prévenir de pareils accidents, c'est d'employer la méthode mixte : déblayer d'abord le naso-pharynx, par plusieurs prises, des grosses végétations, et terminer ensuite l'opération par un curettage, qui, ne s'exerçant plus que sur des débris, écarte tout danger d'asphyxie.

Parmi les autres accidents post-opératoires on a signalé des sueurs profuses, des torticolis, des excitations cérébrales.

Tous ces accidents sont excessivement transitoires et disparaissent rapidement.

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION

Les brillants résultats obtenus par l'ablation des végétations adénoïdes ont été mis en lumière par les spécialistes les plus éminents de tous les pays. Les plus sceptiques parmi les confrères, — ceux-là mêmes qui pendant de longues années ne pouvaient admettre que la simple obstruction du cavum pût être cause de troubles si profonds et si divers, — sont aujourd'hui gagnés à la cause, obligés qu'ils sont de s'incliner devant l'évidence et de reconnaître les immenses bienfaits que cette opération inoffensive procure aux porteurs de tumeurs adénoïdes.

Mais si dans la grande majorité des cas les résultats obtenus sont merveilleux, si la transformation complète qui s'opère dans l'enfant au bout de quelques semaines tient du prodige, il est des cas, où, par suite des causes que nous allons exposer plus loin, le résultat est incertain, plus long à se produire, moins satisfaisant, en un mot, où l'intervention ne réalise pas toutes les espérances qu'on avait basées sur elle.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'étudier l'influence qu'exerce l'ablation des végétations adénoïdes :

1° Sur la composition du sang ;

2° Sur la croissance ;

3° Sur les troubles respiratoires et les malformations du squelette ;

4° Sur l'oreille ;

5° Sur la muqueuse nasale et les amygdales palatines ;

6° Sur les troubles réflexes ;

7° Sur les troubles phonétiques et vocaux.

En exposant les résultats heureux produits par l'ablation des végétations adénoïdes, nous analyserons chaque fois les causes qui retardent ces résultats ou empêchent leur manifestation, et nous indiquerons les moyens d'y remédier.

INFLUENCE DE L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LA COMPOSITION DU SANG

Dans un remarquable travail expérimental sur : « L'état du sang chez les adénoïdiens. » Lichtwitz et Sabrazès (de Bordeaux) ont cherché à se rendre compte si la manifestation morbide liée à des troubles de la nutrition générale et qui se traduit chez les porteurs de végétations adénoïdes par un état cachectique spécial, — la cachexie adénoïdienne, — n'était pas en rapport avec des modifications profondes dans la composition du sang (1).

Ils ont recherché dans ce but quelle était la formule hématologique des adénoïdiens avant et après l'ablation des végétations.

Les recherches de ces auteurs ont porté sur 16 malades, dont 14 ont été opérés et suivis.

On notait, en même temps que les résultats de l'analyse hématologique, le poids du corps.

Voici les résultats extrêmement intéressants et importants auxquels ces auteurs sont arrivés :

D'après leurs numérations « le nombre des hématies du sang normal, de 4 à 15 ans, est compris entre 4.544.300 et 5.588.600 par m. m. c. (moyenne 5.073.800) ; celui des globules blancs, à jeun, entre 6.200 et 10.540 (moyenne 8.490) (2) ; le taux de l'hémoglobine entre 74 et 98 0/0 (moyenne 82).

Chez les *enfants normaux* de cet âge, le pourcentage des leucocytes du sang circulant fournit, à jeun, les chiffres suivants :

Polynucléés neutrophiles.....	72 à 75 0/0 (moyenne 73)
Grands mononucléés	0,87 à 3 0/0 (moyenne 2,41)
Lymphocytes............ ...	17 à 25 0/0 (moyenne 20,12)
Eosinophiles............. ...	0,32 à 5 0/0 (moyenne 3,44) (3)

(1) Lichtwitz et Sabrazès. — Examen du sang chez les adénoïdiens avant et après l'opération. (*Arch. intern. de Laryng. etc., 1899 et 1900).*

(2) « Ces moyennes concordent avec les notions classiques sur ce point. »

(3) « Ces données confirment ce que l'on sait déjà sur l'état du sang normal dans la seconde enfance. »

« *Chez les sujets du même âge, mais porteurs de végétations adénoïdes* le nombre des globules rouges varie de 3.726.200 à 4.300.000 par m. m. c. (moyenne 3.929.505), celui des globules blancs de 4.960 à 14.531 par m. m. c. (moyenne 9.487); l'hémoglobine de 69 à 88 0/0 (moyenne 74). Les leucocytes polynucléées neutrophiles oscillent de 43.96 à 66.92 0/0 (moyenne 56,96) ; les lymphocytes de 16.87 à 51.37 (moyenne 29.11 0/0); les éosinophiles de 3.84 à 27.70 (moyenne 9.99).

Dans le sang des adénoïdiens se trouvent de plus quelques globules rouges nucléés, de rares Mastzellen et de très rares myélocytes neutrophiles.

En mettant en regard les moyennes des précédents résultats, les différences qui existent entre le sang des enfants normaux âgés de 4 à 15 ans, et le sang des adénoïdiens du même âge s'accusent d'une façon saisissante :

	ENFANTS NORMAUX	ADÉNOÏDIENS
	—	—
Globules rouges	5.073.880	3.929.505
Globules blancs	8.490	9.487
Hémoglobine	82 %	74 %
Polynucléés neutrophiles	73 %	56,96 %
Grands mononucléés	2,4 %	3,33 %
Lymphocytes	20,12 %	29,11 %
Eosinophiles	3,44 %	9,99 % [1]

La formule hématologique des adénoïdiens est donc, la suivante :

« *Léger degré d'anémie et de leucocytose, augmentation du nombre des leucocytes portant sur les grands mononucléés, sur les lymphocytes (lymphocytose), et à un plus haut point sur les éosinophiles (éosinophilie); diminution correspondante du nombre des polynucléés neutrophiles.* »

Les modifications de l'état du sang et de la nutrition générale chez les sujets atteints de végétations adénoïdes sont donc ainsi expérimentalement démontrées.

Pour se rendre compte si cette formule se modifie après l'ablation des végétations adénoïdes, les auteurs ont pratiqué des examens de sang après l'opération.

En établissant chez les opérés la « moyenne des formules provenant des derniers examens hématologiques, pour la rap-

[1] Les cas types choisis par les auteurs sont au nombre de 16.

procher de la moyenne avant l'opération et de la moyenne normale », les auteurs ont trouvé :

ADÉNOÏDIENS AVANT L'OPÉRATION

Globules rouges	par m.m.c.	3.929.505
Globules blancs	—	9,487
Hémoglobine		74 %
Polynucléés		56,96 %
Mononucléés		3,33 %
Lymphocytes		29,11 %
Éosinophiles		9,99 %

ADÉNOÏDIENS APRÈS L'OPÉRATION

Globules rouges	par m.m.c.	4.469.314
Globules blancs	—	8,208
Hémoglobine		79,50 %
Polynucléés		65,76 %
Mononucléés		3,19 %
Lymphocytes		24,66 %
Éosinophiles		6,23 %

SUJETS NORMAUX

Globules rouges	par m.m.c.	5.073.880
Globules blancs	—	8,490
Hémoglobine		82 %
Polynucléés		73 %
Mononucléés		2,4 %
Lymphocytes		20,12 %
Éosinophiles		3,14 %

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les formules qui précèdent pour se rendre immédiatement compte, qu'après l'ablation des végétations adénoïdes, le sang tend à acquérir ses caractères physiologiques — à revenir à la normale.

« Ces données — disent avec juste raison les auteurs — n'ont pas seulement un intérêt théorique, elles se doublent d'un intérêt pratique. En raison de sa constance, la formule hématologique des adénoïdiens constitue un symptôme nouveau dont on pourra tenir compte lorsqu'on discutera l'opportunité d'une intervention opératoire dans les cas moyens de végétations adénoïdes ; on sait, en effet, que la cachexie adénoïdienne n'est pas strictement en rapport avec le volume des végétations. »

INFLUENCE DE L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LA CROISSANCE

« La croissance, dit Bouchut, est le résultat de la même impulsion qui a donné naissance à l'homme ; c'est un phénomène que la force plastique ou promorphose, un des trois attributs de la vie, contient et dirige vers un but déterminé. »

Robert (1) et Lambron (2) ont les premiers signalé l'heureuse influence de l'amygdalotomie sur la croissance des enfants.

Aujourd'hui, presque tous les auteurs sont d'accord que la croissance, restée un temps stationnaire chez les enfants atteints de l'hypertrophie des amygdales palatines, repart plus vivement après leur ablation.

Or, des recherches expérimentales ont montré que la *poussée de croissance* s'accuse d'une façon encore beaucoup plus nette et plus manifeste après l'ablation des végétations adénoïdes.

On sait qu'on entend par croissance le développement progressif du corps des êtres organisés en poids, en taille ou hauteur, en largeur ou épaisseur.

Voici, d'après Quételet (3) et Pagliani (4), les tables de croissance normale.

La table dressée par Quételet indique la progression du poids et de la taille depuis la naissance jusqu'à la limite d'accroissement, c'est-à-dire jusqu'à 40 ans. La table de Pagliani, indiquant l'accroissement annuel moyen normal en périmètre thoracique, s'arrête à 19 ans.

(1) Robert. — Du gonflement chronique des amygdales chez les enfants (*Bull. de Thérap.*, 1843).

(2) Lambron. — De l'hypertrophie des amygdales, ses fâcheuses conséquences, ses complications (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1865).

(3) Quételet. — Recherches sur la loi de croissance de l'homme (*Annales d'Hygiène*, 1831).

(4) Pagliani. — Dictionnaire des sciences anthropologiques, article « Croissance ».

Table de Quételet

AGE	HOMMES TAILLE	HOMMES POIDS	FEMMES TAILLE	FEMMES POIDS
0	0m,500	3k20	0m,490	2k91
1	0 698	9 45	0 690	8 79
2	0 791	11 34	0 781	10 67
3	0 864	12 47	0 852	11 79
4	0 928	14 23	0 915	13 00
5	0 988	15 77	0 974	14 36
6	1 047	17 24	1 031	16 00
7	1 106	18 10	1 086	17 54
8	1 162	20 76	1 141	19 08
9	1 219	22 65	1 195	21 36
10	1 275	24 52	1 248	23 52
11	1 330	27 10	1 299	26 55
12	1 385	29 92	1 353	29 82
13	1 439	34 38	1 403	32 94
14	1 493	38 76	1 453	36 70
15	1 546	43 62	1 499	40 37
16	1 594	49 67	1 535	43 57
17	1 634	52 85	1 555	47 31
18	1 658	57 85	1 564	51 13
20	1 674	60 06	1 572	52 28
25	1 680	62 93	1 579	53 28
30	1 684	63 65	1 579	54 23
40	1 684	63 67	1 579	55 23

Table de Pagliani

Accroissement annuel moyen en périmètre thoracique

AGE	PÉRIMÈTRE THORACIQUE
10 à 11 ans	0 cent. 2
11 à 12 —	1 — 6
12 à 13 —	2 — 4
13 à 14 —	1 — 2
14 à 15 —	3 — 1
15 à 16 —	0 — 8
16 à 17 —	1 — 3
17 à 18 —	1 — 0
18 à 19 —	1 — 6

Castex et Malherbe [1], voulant se rendre compte non seulement de la réalité de la croissance post-opératoire, mais

[1] Castex et Malherbe : Recherches sur la croissance post-opératoire dans les végétations adénoïdes (*Presse méd.*, 31 mars 1894, et Maladies du larynx, etc., par Castex. Paris, 1903).

aussi et surtout du degré de cette croissance, se sont attachés à « la *peser* et à la *mesurer* », et ils considèrent avec juste raison les chiffres ainsi obtenus comme péremptoires.

Ils procédaient de la façon suivante : la croissance se mesurant principalement, comme nous l'avons vu plus haut, au poids, à la taille et au périmètre thoracique, ils avaient soin de relever ces mesures chez les porteurs de végétations adénoïdes avant l'opération. Ces chiffres une fois enregistrés, ils pratiquaient l'opération, et trois mois, six mois, neuf mois ou douze mois après, ils se procuraient les mêmes éléments de mensuration. Ils ont pu de cette façon dresser des tableaux de croissance post-opératoire où sont consignés les accroissements en poids, en taille et périmètre thoracique avec les moyennes au bas de chaque tableau.

Pour se rendre compte du degré de la croissance post-opératoire, une fois en possession de ces chiffres, il ne restait qu'à la comparer à la croissance normale indiquée dans les tables de Quételet et de Pagliani.

Le calcul à faire était des plus simples. « Qu'on suppose disent-ils, qu'il s'agisse d'un garçon de douze ans, qui, six mois après l'opération, a grandi de 0m04, augmenté de 6.000 gr. en poids et gagné 0m06 en périmètre thoracique.

En se reportant aux tables de Quételet et Pagliani, on voit que cet enfant devait accuser normalement la croissance suivante :

$$\frac{1^m.439 - 1^m,385}{2} = 0^m,027 \text{ en taille.}$$

$$\frac{34380 \text{ gr.} - 29920 \text{ gr.}}{2} = 2230 \text{ gr. en poids.}$$

$$\frac{0^m,024}{2} = 0^m,012 \text{ en périmètre.}$$

Il résulte donc que l'enfant, dans cet exemple, a augmenté trois fois plus que normalement en poids, grandi une fois plus en taille et gagné six fois plus en périmètre thoracique » [1].

[1] Il est nécessaire dans ce cas de diviser toutes les mensurations par 2, la croissance n'étant ici évaluée que pour six mois (*L. c.*).

Pour arriver à tirer de tous ces chiffres une moyenne suffisamment exacte, qui en fût la synthèse, les auteurs ont procédé de la façon suivante. Ayant relevé sur la table de Quételet la quantité que garçons ou filles gagnent annuellement en taille et poids et sur la table de Pagliani la quantité annuelle en périmètre thoracique, ils ont considéré cette quantité, variable avec les âges et le sexe, comme unité de croissance. Ils se reportaient ensuite à leurs tableaux pour voir si leurs opérés avaient ou non gagné cette unité, ou s'ils l'avaient gagné une ou plusieurs fois. Ils ont pu assigner ainsi à chaque opéré un *coefficient de croissance* et de tous les coefficients additionnés entre eux, puis divisés par le nombre d'observations, ils ont tiré la moyenne 2,57.

Ils ont donc pensé pouvoir conclure : « Qu'un sujet opéré de tumeurs adénoïdes présente un mouvement de croissance presque triplé pendant les quelques mois qui suivent l'opération.

« Si, au lieu d'une moyenne générale, on établit des moyennes partielles pour les périodes de 3, 6, 9 et 12 mois, on voit que l'essor de la croissance est d'autant plus marqué qu'on l'analyse plus près de l'opération, ce qui prouve bien l'heureuse influence de l'intervention chirurgicale sur les enfants ralentis dans leur nutrition par l'existence des tumeurs adénoïdes (1). »

Mme Magnus (2), qui s'est livrée aux mêmes recherches et qui a pu observer vingt-sept cas pendant l'année qui suivit l'opération, a obtenu des résultats sensiblement analogues et est arrivée à des conclusions identiques.

Pour notre part, depuis de longues années déjà nous avons l'habitude de surveiller la croissance des enfants que nous opérons pour végétations adénoïdes. Les résultats que nous avons observés concordent, à peu de chose près, avec ceux des auteurs que nous venons de citer. Ces résultats nous ont paru d'autant plus remarquables que les enfants étaient plus jeunes.

(1) *L. c.*
(2) Mme Magnus. *Thèse de Paris*, 1895.

INFLUENCE DE L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LA MUQUEUSE NASALE ET LES AMYGDALES PALATINES

L'heureux effet de l'opération sur la composition du sang et la croissance ne se manifeste, ne peut se manifester, bien entendu, que si les troubles apportés au fonctionnement normal de la respiration ne dépendent uniquement que de l'obstruction des choanes par les végétations adénoïdes, existant indépendamment de toute autre affection de la région naso-pharyngienne.

La respiration physiologique se rétablissant dans ces cas d'une façon intégrale, le retour à l'état normal est presque de règle.

Mais il arrive assez fréquemment — et nous avons plus d'une fois insisté sur ce point au cours de cette étude — qu'à l'obstruction des choanes par l'amygdale pharyngée hypertrophiée, vient s'ajouter l'obstruction des fosses nasales due à des lésions, soit primitives, soit créées à la longue par la présence des tumeurs adénoïdes (crêtes, éperons, déviations de la cloison, rhinite hypertrophique, dégénérescence polypoïde de la partie postérieure des cornets inférieurs, etc.).

Il va de soi que dans de pareils cas, on ne pourra voir cesser les troubles causés par la gêne de la respiration nasale et sa suppléance par la respiration buccale, qu'après avoir supprimé les obstacles siégeant dans les cavités nasales.

Pour ne pas avoir des mécomptes, il faut toujours arriver à diagnostiquer les lésions nasales avant l'ablation des adénoïdes, et prévenir le malade ou son entourage, de la possibilité d'une deuxième intervention.

Il faudra, cependant, s'abstenir d'une intervention intempestive, surtout chez les enfants, lorsque la persistance de la respiration buccale, après l'ablation des végétations adénoïdes, aura pour cause un catarrhe chronique ou une hypertrophie congestive de la muqueuse nasale, car « souvent la perméabilité du nez se rétablira spontanément ; la circulation veineuse

de la pituitaire, gênée par la compression qu'exerçaient les végétations sur les plexus pharyngiens latéraux, se dégagera après l'ablation de celles-ci, et les troubles dus à la stase sanguine disparaîtront » ([1]).

Il faut de même s'abstenir d'intervenir trop tôt, lorsque l'embarras de la respiration nasale est dû au gonflement mou, à la turgescence de la muqueuse des cornets inférieurs qu'on voit survenir, parfois, quelque temps après l'ablation des végétations adénoïdes. « La muqueuse nasale, irritée par le contact de l'air que l'opéré fait maintenant passer largement par les voies naturelles, entre en tuméfaction. Si l'entourage n'est pas prévenu, il a plus de tendance à penser à une opération incomplète qu'à une cause nouvelle d'obstruction des fosses nasales. D'ordinaire, ce gonflement de la pituitaire n'est pas de longue durée. Après trois semaines, un mois, deux mois au plus, il a totalement disparu, et l'adénotomisé respire enfin librement par le nez » ([2]).

Si, cependant, la tuméfaction tarde à disparaître, si, surtout, elle a subi la dégénérescence scléreuse au niveau de la partie postérieure des cornets inférieurs (queues de cornet), sa disparition spontanée devient plus que problématique, et il sera nécessaire, pour rétablir la respiration normale, de recourir à son ablation.

Très souvent, les végétations adénoïdes coexistent avec l'hypertrophie des amygdales palatines. Quelle doit être dans ce cas la conduite du chirurgien ? Faut-il enlever les végétations, sans toucher aux amygdales ? Faut-il enlever les unes et les autres, et cela dans une même séance ? ou faut-il procéder à des opérations fractionnées ?

D'après quelques auteurs (Allen, Coupart, Saint-Hilaire, Désiré, etc.), l'ablation des végétations adénoïdes exercerait une heureuse influence sur les amygdales palatines : par suite de la décongestion de toute la région pharyngienne, ces dernières subiraient une notable diminution.

([1]) Lermoyez. — Thérap. des mal. des fosses nasales, etc., p. 378.
([2]) Brindel. Suites éloignées de l'opération des végétations adénoïdes. *Rev. heb. de laryng.*, etc., 1899.

Dans une statistique de Brindel [1] portant sur 72 malades qui présentaient une hypertrophie concomitante des amygdales palatines et pharyngée, 31 ont dû subir l'amygdalotomie, ce qui fait une proportion de 43 0/0 seulement. Chez les autres, une régression est survenue spontanément dans les amygdales palatines.

On ne tenait compte dans cette statistique que des cas où les amygdales palatines étaient réellement hypertrophiées et semblaient, au premier abord, justiciables d'une intervention active.

En se basant sur cette statistique, cet auteur croit pouvoir conclure en thèse générale « qu'une bonne moitié des amygdales hypertrophiées disparaissent sans traitement aucun, du seul fait de l'ablation des végétations adénoïdes, et cela dans les mois qui suivent l'adénotomie ». Ainsi la conséquence naturelle qu'impose, d'après lui, cette constatation, est la suivante : « Chez un malade présentant à la fois des amygdales hypertrophiées, quel que soit leur volume, et des végétations adénoïdes à type respiratoire, le spécialiste devra toujours différer pendant quelques mois l'amygdalotomie, sauf indications spéciales, afin de faire bénéficier le malade de chances sérieuses de voir régresser spontanément ses amygdales ».

D'autres auteurs, Lermoyez notamment, sont loin de souscrire aux conclusions de Brindel. Lermoyez dit avoir observé maintes fois l'inverse : « les amygdales grossissant assez rapidement après l'adénotomie pour suppléer le tissu lymphoïde enlevé. » Aussi considèrent-ils la régression spontanée des amygdales comme problématique et conseillent-ils de ne jamais conserver l'organe, afin de faire bénéficier le malade du rétablissement immédiat et intégral de la respiration nasale.

Entre ces deux manières de voir extrêmes et exagérées, comme toutes les opinions extrêmes, il y a place pour une troisième. C'est celle que nous avons adoptée depuis de longues années, en nous basant sur notre expérience clinique et qui nous a donné les meilleurs résultats.

Chaque fois que les végétations adénoïdes se compliquent de l'hypertrophie des amygdales palatines, nous procédons à

[1] Brindel, *L. c.*

l'ablation de ces dernières lorsqu'elles atteignent un volume considérable et qu'elles rétrécissent l'isthme du pharynx.

Dans de pareils cas, nous n'avons, en effet, jamais observé leur rétrocession après l'ablation des adénoïdes.

Nous avons pour habitude de procéder à leur enlèvement en premier lieu, afin de pouvoir manœuvrer avec plus de liberté les instruments dans le cavum, lors de l'ablation des adénoïdes.

Par contre, si les amygdales palatines ne sont pas très volumineuses, nous procédons toujours de prime abord à l'ablation des végétations, et nous n'enlevons les amygdales que si nous constatons, quelque temps après, que leur volume n'a pas diminué et qu'elles présentent un obstacle au rétablissement complet de la respiration normale.

Nous ne procédons jamais à l'amygdalotomie et à l'ablation des végétations adénoïdes dans une seule et même séance, comme le font certains auteurs, surtout à l'étranger.

Nous pensons, en effet, avec Brieger, de Breslau, que le pouvoir bactéricide de nos mucus s'exerce plus efficacement sur des plaies successives mais petites, que sur une perte de substance unique mais large, et que le plus sûr moyen d'éviter les complications, quand on opère sur les muqueuses, est de ne pas blesser une trop grande surface [1].

INFLUENCE DE L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LES TROUBLES RESPIRATOIRES ET LES MALFORMATIONS DU SQUELETTE

En parlant de la poussée de croissance et des modifications que subit la formule hématologique des adénoïdiens après une intervention chirurgicale, nous avons fait ressortir implicitement l'heureuse influence exercée par l'ablation des adénoïdes sur les troubles respiratoires.

Il peut se faire cependant, que malgré le déblayage complet

[1] Brieger. — Cité par Helme et Lermoyez.

du cavum et le rétablissement parfait de la perméabilité nasale, les troubles respiratoires persistent. Les enfants habitués à respirer la bouche ouverte ont de la peine à la fermer et à respirer par le nez.

La nuit, la mâchoire inférieure que soutiennent mal des muscles d'une tonicité insuffisante, tend à tomber pendant le sommeil, entraînée par son propre poids, d'où la continuation de la respiration buccale et même de ronflement (¹).

Le rôle du médecin n'est donc pas fini avec l'opération. Il doit s'efforcer de parer à cet inconvénient et de chercher le moyen de faire respirer son malade d'une façon normale.

On a recommandé dans ce but d'exercer les opérés, dans la journée, à respirer souvent avec force la bouche fermée.

Delstanche, French, Guye (d'Amsterdam), Lennox-Brown et d'autres ont inventé des appareils spéciaux destinés à tenir rapprochées les deux arcades dentaires. Les malades munis de ces appareils doivent s'exercer à faire alternativement des inspirations par le nez et des expirations par la bouche.

Dans le cas où la persistance de la respiration buccale tient à l'aspiration des ailes du nez, dont les muscles sont souvent frappés, chez les adénoïdiens, de parésie et même d'atrophie, par défaut de fonction, un bon moyen est de faire porter aux opérés, au moins pendant la nuit, un dilatateur des narines.

En ce qui concerne les déformations squelettiques, si, chez les jeunes enfants, l'influence heureuse de l'opération ne se fait pas attendre longtemps, il en est autrement chez les enfants déjà grands, chez lesquels elles peuvent devenir indélébiles, si l'on ne s'empresse pas de les faire disparaître par des exercices de gymnastique intelligemment réglés.

« Fréquemment, dit Redard (²), le traitement naso-pharyngien seul suffit pour guérir la déformation thoracique ou vertébrale. J'ai souvent noté, au moyen de recherches spirométriques, une modification notable de la capacité respiratoire et une modification rapide de la cage thoracique précédemment déformée, dans les premiers mois qui suivent l'opération

(¹) Magnus. — *Thèse de Paris*, 1895

(²) Redard, cité par Helme. Traitement des veg., ad. Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'Otologie, etc., 1896, p. 121.

de végétations adénoïdes. Chez les sujets âgés, opérés tardivement, chez ceux dont la croissance est avancée et qui ont des déformations prononcées, il faut, dès que le nez et le pharynx sont désobstrués, recommander un traitement destiné à développer et à redresser le thorax, afin de corriger la scoliose dorsale. Nous recommandons dans ces cas en première ligne les exercices respiratoires et passifs rythmés.

Le sujet étant couché sur le dos, sur un plan résistant, un coussin très dur au niveau des épaules, on fait exécuter des inspirations lentes et profondes par le nez, des expirations lentes par la bouche. Les mains du chirurgien placées à plat sur les parties latérales du thorax, exercent à certains moments des pressions d'opposition aux mouvements respiratoires.

Les bras du sujet, alternativement levés et abaissés, accompagnent les mouvements d'expiration. Si la déformation thoracique est unilatérale, le sujet est couché latéralement sur un coussin dur correspondant au côté non déformé. On lui fait exécuter des mouvements étendus d'inspiration et d'expiration, le bras du côté thoracique déformé levé pendant l'inspiration, abaissé pendant l'expiration.

Le chirurgien cherche ensuite, par des pressions sur les parties postéro-latérales du thorax, effectuées avec le plat de la main, à obtenir la dilatation et l'expansion de la poitrine, principalement au niveau du sternum et des régions antéro-latérales dans le tiers inférieur, siège le plus fréquent des rétrécissements par obstruction nasale. Si la déformation thoracique est unilatérale, le sujet étant placé dans le décubitus latéral sur un coussin très dur du côté non déformé, dans la position indiquée plus haut, la glotte étant fermée, le chirurgien presse énergiquement le thorax contre le coussin résistant de façon à obtenir la dilatation du côté opposé déformé. Les exercices respiratoires avec les divers modèles de spiromètre, avec la chaîne respiratoire de Rossbach, sont encore très utiles. Par le massage, l'électricité (courants faradiques faibles avec intermittences éloignées), l'hydrothérapie, on agit sur les principaux muscles respiratoires. Dans les scolioses par obstruction pharyngo-nasale, le redressement manuel et la suspension latérale sont surtout à recommander »

INFLUENCE DE L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR L'OREILLE

L'action bienfaisante de l'adénotomie sur les m l'oreille est trop connue pour qu'il soit besoin d'y ins... on-guement. Surdité par obstruction des pavillons tubaires, otites moyennes catarrhales, otorrhées interminables et



Fig. 29. — Canule à double courant, permettant aux malades de faire de gra injections sans risquer de mouiller leurs vêtements.

rebelles à toute thérapeutique disparaissent souvent aucun traitement, dans les premiers jours qui suivent l'op



Fig. 30.

tion, ou cèdent à quelques douches d'air et à quelques soins de propreté.

Parfois, l'otorrhée persiste plus longtemps, mais dans la grande majorité des cas, l'écoulement tarit après un ou deux

mois de traitement local approprié, qui consiste dans l'emploi de la douche d'air combinée à l'usage des injections antiseptiques, faites à l'aide d'un appareil qui, comme l'énéma-siphon dont nous avons déjà parlé, permet de faire toujours des lavages effectifs de l'oreille, soit en se servant de la canule e à arrêt (fig. 14), quand on peut consacrer le temps injection, soit en se servant de la canule à double courant (fig. 29) lorsque, étant en toilette au moment de l'injection, on serait tenté de sacrifier celle-ci par manque de temps (fig. 30).

l est, cependant, des cas, où l'otorrhée s'éternise malgré les moyens qu'on emploie pour la faire tarir. Force est de recourir, pour prévenir de graves désordres, à un t ment plus énergique : curettage de la caisse, opération acke, antrectomie, etc.

p

INFLUENCE
DE L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LES TROUBLES RÉFLEXES

De nombreuses observations prouvent que dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, les troubles réflexes engendrés par les végétations adénoïdes (spasme glottique, laryngite striduleuse, toux spasmodique, accès d'asthme, croassement des nouveau-nés, insomnie, cauchemars, incontinence nocturne d'urine, etc., etc.), disparaissent immédiatement aprés la cure radicale, sans laisser la moindre trace.

La chose s'explique aisément. Tous ces troubles sont sous la dépendance des troubles respiratoires. Avec la disparition de ces derniers, elles ne tardent pas à disparaître à leur tour : *Sublata causa tollitur effectus.*

Chez les adénoïdiens offrant par ailleurs des signes de dégénérescence, il faudra cependant être économe de promesses, car, les troubles nerveux ayant dans ces cas des causes multiples, l'ablation des végétations adénoïdes donne, suivant leur quantité, un résultat souvent nul, toujours incomplet.

INFLUENCE DE L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES SUR LES TROUBLES PHONÉTIQUES ET VOCAUX

L'amélioration des troubles de la phonation et des troubles de l'articulation est plus lente à se manifester : « la rhinolalie close, par défaut de résonnance nasale du fait de l'obstruction du cavum, a fait place à la rhinolalie ouverte avec excès de résonnance nasale provenant du fonctionnement imparfait du voile du palais, parésié, peut-être même atrophié par sa longue inertie fonctionnelle. » (Lermoyez.) Dans un certain nombre de cas, ces troubles disparaissent graduellement d'eux-mêmes ou cèdent facilement à l'électrisation du voile du palais. Dans d'autres, il faudra recourir à un traitement spécial.

Chervin (1) conseille d'avoir recours dans ces cas à des études respiratoires rationnelles et méthodiques : « le solfège, le chant, la lecture à haute voix, la declamation viennent ensuite. S'il y a des difficultés particulières dans la prononciation de certaines consonnes, il faut faire l'étude spéciale du mécanisme de la prononciation de ces consonnes. Quant au nasonnement, il ne disparaît pas toujours d'une façon absolue. Chervin pense toutefois qu'on peut toujours obtenir une amélioration considérable, même dans les cas de grandes déformations anciennes. »

RÉCIDIVES

Les végétations adénoïdes récidivent-elles ? Cette question qui a donné lieu à bien des controverses et fait verser des torrents d'encre n'est pas encore résolue aujourd'hui.

Pour les uns, les récidives sont une illusion, un mythe.

Pour les autres, les récidives ne sont que des pseudo-

(1) Chervin. Cité par Helme. — *L. c.*

récidives, ayant pour cause une intervention incomplète due, soit au manque d'expérience du chirurgien, soit à une conformation spéciale du naso-pharynx, soit, enfin, au siège des végétations.

« Ceux de ces néoplasmes — disent Luc et Chatellier — qui sont le plus profondément situés, ayant été entamés par la pince, laissent écouler le sang qu'ils renferment et s'affaissent consécutivement au point de devenir inappréciables au toucher. Quand, au contraire, une fois la cicatrisation produite, le sang recommence à les pénétrer, ils se gonflent, gênent de nouveau la respiration et donnent l'illusion des récidives ».

Les troisièmes, enfin, tout en faisant des restrictions sur les nombreuses causes pouvant entraîner des pseudo-récidives, se croient en droit d'affirmer, en se basant sur leurs observations et statistiques rigoureuses, qu'il existe des récidives certaines, quoique rares, de végétations adénoïdes et qu'au point de vue clinique, elles se comportent comme les végétations primitives et sont passibles du même traitement (Brindel).

On voit que l'accord est loin de régner chez les laryngologistes sur cette importante question de la récidive des végétations adénoïdes après leur ablation.

Pour notre part, nous pensons que la *récidive vraie* ne se produit jamais, ou du moins tout à fait exceptionnellement, lorsque après une opération habilement effectuée, on s'est assuré par une exploration digitale minutieuse du cavum qu'il ne restait plus de trace de tissu adénoïde.

(FIN)

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE DE LA BOURSE DE COMMERCE (CH. BIVORT)
33, rue Jean-Jacques-Rousseau, Paris.

ur un cas d'épilepsie guéri par l'ablation d'un polype de la caisse, lequel occupait tout le conduit auditif. Communication à la Société française d'Otologie, 1888.

raitement des obstructions de la trompe d'Eustache, par la dilatation continue. Communication à l'Académie de Médecine, 1888.

ur le traitement de la sclérose de la caisse, par la raréfaction et la condensation progressive et manométriquement évaluée de l'air du conduit auditif externe. Communication à la Société française d'Otologie, 1890.

ur l'emploi des bougies régulièrement graduées dans le traitement des obstructions de la trompe d'Eustache. Communication faite au Congrès international d'Otologie de Londres, 1899.

ur les bons effets du massage tympanique manométriquement contrôlé par le malade dans le traitement de la surdité et des bourdonnements consécutifs à la sclérose de l'oreille moyenne. Congrès international de Médecine et de Chirurgie. 1900.

ouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture totale ou partielle des cavités de l'oreille moyenne ou trépanation attico-auditu-mastoïdienne. Communication à l'Académie de Médecine, 1900.

es conséquences funestes des suppurations de l'oreille méconnues ou négligées. In *Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales*, 1900.

unestes conséquences des tentatives d'extraction maladroites des corps étrangers de l'oreille. Symptômes, diagnostic, pronostic, traitement. In *Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales*, 1901.

néma siphon, injecteur à maniement monomanuel et à pression volontairement variable. Société de Médecine, mai 1901.

Seringuage de l'oreille et canules auriculaires. Communication à la Société de Médecine de Paris et à la Société française d'Otologie, décembre 1901.

Indications nouvelles sur l'emploi de l'adrénaline. Services que ce précieux alcaloïde peut rendre aux praticiens non-spécialistes. Communication au Congrès de Madrid.

Contribution au diagnostic et traitement des sinusites de la face. Communication au Congrès de Madrid.

Sur l'emploi de l'électricité statique en oto-rhino-laringologie. Communication à la Société belge d'Otologie, mars 1903.

MALADIES DU LARYNX, DE LA GORGE ET DU NEZ

Sur les applications du courant galvanique au traitement des affections des fosses nasales. Communication au Congrès intern. d'Otologie de Paris. 1889.

Nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure à fente médiane. Communication faite à la Société française d'Otologie, 1891.

Sur la cure radicale de l'obstruction nasale. Congrès de l'association française de Chirurgie, 1899.

Sur une anomalie des sinus frontaux capable de compromettre, étant ignorée, le succès de l'opération de la sinusite la mieux conduite. Société d'Otologie de Paris 1900.

Sur l'emploi méthodique des fraises, trépans, scies, forêts, brosses en usage en chirurgie dentaire, actionnés par le tour de White, ou par le moteur électrique dans la chirurgie des fosses nasales et des sinus de la face. Communication au XIII[e] Congrès international de Méd. de Paris.

Deux observations de polypes muqueux des fosses nasales volumineux, occasionnant des troubles respiratoires sérieux. Communication à la Société d'Otologie de Paris.

Sur l'emploi de la sinuscopie vraie pour préciser les indications opératoires dans les affections du sinus de la face. Communication à la Société de Médecine de Paris, 1901.

Inconvénients de l'ablation systématique des amygdales palatines et pharyngiennes. Société de Médecine de Paris.

Un cas de vertige nasal guéri par l'ablation bilatérale d'un copeau de la cloison. Communication à l'Académie de Médecine, 1901.

Pince laryngienne à action transversale permettant l'accès des rayons lumineux sur le champ opératoire à tous les temps de l'intervention. Société de Médecine, décembre 1902.

Contribution à l'étude du diagnostic et traitement des corps étrangers des voies aériennes. Société de Chirurgie, 2 juillet 1902.

Conséquences immédiates et éloignées d'une tyrotomie médiane pratiquée à la recherche d'un corps étranger du larynx et présentation de malade. Académie de Médecine, 7 avril 1903.

ARCHIVES

DE

Médecine et de Chirurgie spéciales

REVUE MENSUELLE

d'Ophtalmologie, Otologie, Laryngologie, Rhinologie, Orthophonie, Stomatologie, Tocologie Gynécologie, Andrologie, Urodologie, Pédiatrie, Orthopédie, Neurologie, Syphiligraphie, Dermatologie, Hydrologie, Sérothérapie, Électrothérapie

A L'USAGE DES PRATICIENS

FONDÉE ET PUBLIÉE

PAR LE D[r] **SUAREZ DE MENDOZA**, DE PARIS

Profes[illegible] d'Ophtalmologie, d'Oto[illegible] Rhino-Laryngologie,
Membre de la Société de Médecine de Paris et des Sociétés [illegible] Ophtal[illegible] Oto-Laryngologie,
Membre de l'Académie Royale de Médecine de Barcelone

ABONNEMENTS

Paris et Départements, un an. **10** fr. [illegible] postale, un an [illegible] .. **12** fr.
Pour les Étudiants, un an.. ... . . 5 [illegible]

PRIX DU NUMÉRO : [illegible] FRANC

Pour [illegible] renseignements [illegible]
[illegible] de F[illegible] 22, tous les [illegible] 3 [illegible]
[illegible] à la Clinique ophtalmo-oto-laryngologique, [illegible]

PARIS

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

22, Avenue Friedland, 22

[illegible]